

DESENVOLVIMENTO HUMANO

Diane E. Papalia

Sally Wendkos Olds • Ruth Duskin Feldman

8ª Edição



Inclui
CD-ROM
(em inglês)



DESENVOLVIMENTO HUMANO

Diane E. Papalia

Sally Wendkos Olds • Ruth Duskin Feldman

colaboração
Dana Gross

8ª Edição

Tradução:
Daniel Bueno

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:

Giana Bittencourt Frizzo
Psicóloga. Mestre e doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento pela
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



2006

Obra originalmente publicada sob o título
Human development, 8.ed.

© 2001, The McGraw-Hill Companies, Inc., 1221 Avenue of the Americas, New York, NY 10020. All rights reserved.
Portuguese language translation © 2006, Artmed Editora SA. All rights reserved.

ISBN 0-07-232139-3

Capa: *Mário Röhne*

Preparação de original: *Josiane Tibursky*

Leitura final: *Márcia da Silveira Santos*

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Editoração eletrônica: *Laser House*

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.

Av. Jerônimo de Ornelas, 670 - Santana

90040-340 - Porto Alegre RS

Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO

Av. Angélica, 1.091 - Higienópolis

01227-100-São Paulo-SP

Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL

PRINTED IN BRAZIL

Sobre os Autores



Como professora universitária, **Diane E. Papalia** ensinou a milhares de estudantes na Universidade de Wisconsin-Madison. Cursou o bacharelado com ênfase em psicologia na Vassar College, e tanto seu mestrado em desenvolvimento infantil e relações familiares como seu doutorado em psicologia do desenvolvimento foram realizados na Universidade de West Virginia. Publicou inúmeros trabalhos em revistas científicas, como *Human Development*, *International Journal of Aging and Human Development*, *Sex Roles*, *Journal of Experimental Child Psychology* e *Journal of Gerontology*. A maioria desses trabalhos trata de seu principal objeto de pesquisa, o desenvolvimento humano da infância à velhice. Tem especial interesse pela inteligência na velhice e nos fatores que contribuem para a manutenção do funcionamento intelectual na terceira idade. Membro da Sociedade Americana de Gerontologia, escreveu, em co-autoria com Sally Wendkos Olds e Ruth Duskin Feldman, *A Child's World*, agora em sua oitava edição; *Psychology*, com Sally Wendkos Olds; e *Adult Development and Aging*, com Cameron J. Camp e Ruth Duskin Feldman.



Sally Wendkos Olds é escritora profissional premiada, com mais de 200 artigos publicados em revistas importantes, sendo autora ou co-autora de seis livros dirigidos ao público em geral e de três livros didáticos em co-autoria com a Dra. Papalia. Seu livro *The Complete Book of Breastfeeding*, um clássico desde sua publicação em 1972, foi relançado em 1999 em edição totalmente atualizada e ampliada, com mais de dois milhões de exemplares impressos. E também autora de *The Working Parents' Survival Guide* e *The Eternal Garden: Seasons of Our Sexuality* e co-autora de *Raising a Hyperactive Child* (ganhador do prêmio da Family Service Association of America National Media) e de *Helping Your Child Find Values to Live By*. Sally Olds tem falado extensamente sobre os tópicos de seus livros e artigos tanto para plateias de profissionais quanto leigas, pessoalmente e em programas de rádio e televisão. Obteve seu grau de bacharel na Universidade da Pennsylvania, com primeira ênfase em literatura inglesa e segunda em psicologia. Foi eleita para a Phi Beta Kappa e formou-se com honra máxima.



Ruth Duskin Feldman é escritora e educadora premiada. Com Diane E. Papalia e Sally Wendkos Olds, participou da quarta e da sétima edições de *Desenvolvimento Humano* e da oitava edição de *A Child's World*. Em co-autoria com a Dra. Papalia e com Cameron J. Camp, escreveu *Adult Development and Aging*. Tendo sido professora, desenvolveu materiais educacionais para todos os níveis, desde o ensino fundamental até o ensino superior, além de preparar materiais de auxílio para acompanhar os livros de Papalia e Olds. E autora ou co-autora de quatro livros dirigidos ao público em geral, incluindo *Whatever Happened to the Quiz Kids?*, *Perus and Profits of Growing Up Gifted*. Escreve para inúmeros jornais e revistas, além de proferir muitas palestras e falar sobre educação e crianças superdotadas em programas de rádio e televisão nacionais e locais em diversas partes dos Estados Unidos. Obteve seu grau de bacharel na Universidade Northwestern, onde formou-se com a mais alta distinção e foi eleita para a Phi Beta Kappa.

A todos aqueles que influenciaram nosso próprio desenvolvimento – nossas famílias, nossos amigos e nossos professores que nos nutriram, desafiaram, ensinaram por seu exemplo, forneceram apoio e companheirismo e estiveram sempre presentes ao longo dos anos.



Dana Gross, principal consultora desta edição, obteve seu doutorado em psicologia infantil no Instituto de Desenvolvimento Infantil da Universidade de Minnesota. Desde 1988 trabalha na St. Olaf College, onde é professora associada de psicologia, Diretora de Estudos Lingüísticos e membro associado do corpo docente do Departamento de Estudos Asiáticos. Seus amplos interesses de ensino e pesquisa incluem percepção, linguagem, cognição e cognição social, assim como desenvolvimento infantil nas diferentes culturas. Já publicou em diversas revistas profissionais, apresentou seu trabalho em inúmeras conferências e foi co-autora de um dos capítulos de *Developing Theories of Mind*, organizado por Astington, Harris e Olson. Dra. Gross preparou manuais do professor e bancos de testes para diversos livros didáticos da editora McGraw-Hill e serviu de principal consultora na recente publicação da oitava edição de *A Child's World*, de Papalia, Olds e Feldman.

Sumário Resumido

<i>Prefácio</i>	19	<i>Parte Cinco</i>	
<i>Prólogo</i>	38	Adolescência	
<i>Parte Um</i>		11 Desenvolvimento Físico e Cognitivo	
Sobre o Desenvolvimento Humano		na Adolescência	436
1 O Estudo do Desenvolvimento		12 Desenvolvimento Psicossocial	
Humano	44	na Adolescência	474
2 Teoria e Pesquisa	62	<i>Parte Seis</i>	
<i>Parte Dois</i>		O Jovem Adulto	
Primórdios		13 Desenvolvimento Físico e Cognitivo	
3 Concebendo uma Nova Vida	100	no Jovem Adulto	514
4 Desenvolvimento Físico		14 Desenvolvimento Psicossocial	
nos Três Primeiros Anos	142	no Jovem Adulto	550
5 Desenvolvimento Cognitivo		<i>Parte Sete</i>	
nos Três Primeiros Anos	186	Idade Adulta	
6 Desenvolvimento Psicossocial		15 Desenvolvimento Físico e Cognitivo	
nos Três Primeiros Anos	228	na Idade Adulta	586
<i>Parte Três</i>		16 Desenvolvimento Psicossocial	
Segunda Infância		na Idade Adulta	622
7 Desenvolvimento Físico e Cognitivo		<i>Parte Oito</i>	
na Segunda Infância	270	Terceira Idade	
8 Desenvolvimento Psicossocial		17 Desenvolvimento Físico e Cognitivo	
na Segunda Infância	312	na Terceira Idade	660
<i>Parte Quatro</i>		18 Desenvolvimento Psicossocial	
Terceira Infância		na Terceira Idade	702
9 Desenvolvimento Físico e Cognitivo		<i>Epílogo</i>	
na Terceira Infância	354	O Fim da Vida	738
10 Desenvolvimento Psicossocial		Referências Bibliográficas	753
na Terceira Infância	398	Créditos	839
		Glossário	845
		índices	
		índice Onomástico	857
		índice Remissivo	873

Sumário

Prefácio	19
----------------	----

Prólogo	38
---------------	----

Parte Um

Capítulo 1

O Estudo do Desenvolvimento Humano

<i>Foco: Victor, o Menino Selvagem de Aveyron.</i>	45
--	----

Como o Estudo do Desenvolvimento Humano Evoluiu. .	47
---	----

<i>Quadro 1-1 Aperfeiçoando o Conhecimento — Estudando a Trajetória de Vida: Crescendo em Tempos Dijcei.</i>	48
--	----

Desenvolvimento Humano Hoje: Uma Introdução ao Campo.	50
--	----

A Ciência e Seus Objetivos.	50
--	----

Processos de Desenvolvimento: Mudança e Estabilidade.	50
--	----

Aspectos do Desenvolvimento.	51
---	----

Períodos do Ciclo Vital.	51
---------------------------------------	----

Influências no Desenvolvimento.	54
--	----

Hereditariedade, Ambiente e Maturação.	54
---	----

Principais Influências Contextuais.	55
--	----

Influências Normativas e Não-normativas.	58
---	----

Cronologia das Influências: Períodos Críticos ou Sensíveis.	58
--	----

<i>Quadro 1-2 Em Termos Práticos - Existe um Período Crítico para a Aquisição da Linguagem?</i>	60
---	----

Capítulo 2

Teoria e Pesquisa

<i>Foco: Margaret Mead, Pioneira na Pesquisa Transcultural.</i>	63
---	----

Questões Teóricas Básicas.	65
---	----

O Que É Mais Importante: Hereditariedade ou Ambiente?.	65
---	----

O Desenvolvimento É Ativo ou Passivo?.	66
---	----

O Desenvolvimento É Contínuo, ou Ocorre em Etapas?.	66
--	----

Um Consenso Emergente.	66
-------------------------------------	----

Perspectivas Teóricas.	67
-------------------------------------	----

Perspectiva Psicanalítica.	67
---	----

Perspectiva da Aprendizagem.	72
---	----

Perspectiva Humanista.	74
-------------------------------------	----

Perspectiva Cognitiva.	75
-------------------------------------	----

Perspectiva Etológica.	78
-------------------------------------	----

Perspectiva Contextual.	79
--------------------------------------	----

<i>Quadro 2-1 Aperfeiçoando o Conhecimento - O Valor Adaptativo da Imaturidade.</i>	79
---	----

Métodos de Pesquisa.	83
-----------------------------------	----

Amostragem.	84
--------------------------	----

Métodos de Coleta de Dados.	84
--	----

Modelos Básicos de Pesquisa.	86
---	----

<i>Quadro 2-2 Janela para o Mundo - Finalidades da Pesquisa Intercultural.</i>	88
--	----

Modelos de Pesquisa sobre Desenvolvimento.	91
---	----

Ética da Pesquisa.	93
---------------------------------	----

Parte Dois

Primórdios

Capítulo 3

Concebendo uma Nova Vida

<i>Foco: Abel Dorris e a Síndrome Alcoólica Fetal.</i>	201
--	-----

Concebendo uma Nova Vida.	103
--	-----

Como Ocorre a Fecundação.	103
--	-----

O que Causa os Nascimentos Múltiplos?	104
Mecanismos da Hereditariedade	105
Genes e Cromossomos	105
O Que Determina o Sexo?	106
Padrões de Transmissão Genética	106
Anormalidades Genéticas e Cromossômicas	108
<i>Quadro 3-1 Aperfeiçoando o Conhecimento - Clonagem Humana: Questões e Implicações.</i>	109
Aconselhamento Genético	115
Natureza e Experiência: Influências da Hereditariedade e do Ambiente	116
Estudando a Hereditariedade e o Ambiente	116
<i>Quadro 3-2 Em Termos Práticos - Testes Genéticos e Engenharia Genética.</i>	117
Como a Hereditariedade e o Ambiente Operam Juntos	119
Algumas Características Influenciadas por Hereditariedade e Ambiente	122
Desenvolvimento Pré-natal	124
Etapas do Desenvolvimento Pré-natal	124
Influências Ambientais: o Papel da Mãe	129
Influências Ambientais: o Papel do Pai	136
Avaliação e Intervenção Pré-natal	136
Assistência Pré-natal	138

Capítulo 4

Desenvolvimento Físico nos Três Primeiros Anos

Foco: <i>O Nascimento de Elvis Presley.</i>	143
O Processo de Nascimento	145
Etapas do Nascimento	145
Métodos de Parto	147
Ambientes e Acompanhantes para o Nascimento	149
O Recém-nascido	150
Tamanho e Aparência	150
Sistemas Corporais	151
Estados de Vigília: Os Ciclos Corporais	152
Sobrevivência e Saúde	152
Avaliação Médica e Comportamental	153
Complicações do Parto	154
Os Efeitos de Complicações no Nascimento Podem Ser Superados com um Ambiente Favorável?	157

Morte Durante a Primeira Infância	159
Imunização para Melhor Saúde	162
Desenvolvimento Físico Inicial	162
Princípios de Desenvolvimento	162
Crescimento Fisiológico	163
Nutrição e Necessidades de Sono	164
O Cérebro e o Comportamento Reflexo	167
<i>Quadro 4-1 Janela Para o Mundo - Costumes para Dormir.</i>	167
Capacidades Sensoriais Iniciais	175
Desenvolvimento Motor	176
<i>Quadro 4-2 Aperfeiçoando o Conhecimento - As Implicações de Longo Alcance do Engatinhar.</i>	179

Capítulo 5

Desenvolvimento Cognitivo nos Três Primeiros Anos

Foco: <i>William Erasmus (Doddy) Darwin, o Filho do Naturalista.</i>	187
Estudando o Desenvolvimento Cognitivo:	
Abordagens Clássicas	189
Abordagem Behaviorista: Mecânica Básica da Aprendizagem	189
Abordagem Psicométrica: Testagem do Desenvolvimento e da Inteligência	192
Abordagem Piagetiana: O Estágio Sensorio-Motor	197
<i>Quadro 5-1 Janela Para o Mundo - Brincando de Peekaboo.</i>	201
Estudando o Desenvolvimento Cognitivo - Abordagens Mais Recentes	203
Abordagem do Processamento de Informações: Percepções e Representações	204
Abordagem da Neurociência Cognitiva: As Estruturas Cognitivas do Cérebro	211
Abordagem Sociocontextual: Aprendendo com as Interações com Cuidadores	212
Desenvolvimento da Linguagem	213
Seqüência do Desenvolvimento Inicial da Linguagem	213
<i>Quadro 5-2 Aperfeiçoando o Conhecimento - As Crianças Pequenas Entendem os Desejos dos Outros?</i>	217
Características da Fala Inicial	218

Teorias Clássicas da Aquisição de Linguagem: O Debate Natureza-Experiência	218
Influências no Desenvolvimento da Linguagem	220
Preparação para a Alfabetização: Os Benefícios da Leitura em Voz Alta	224

Capítulo 6

Desenvolvimento Psicossocial nos Três Primeiros Anos

Foco: <i>Helen Keller e o Mundo dos Sentidos</i>	229
Fundamentos do Desenvolvimento Psicossocial	231
Emoções.	231
Temperamento.	236
Primeiras Experiências Sociais: O Bebê na Família	240
<i>Quadro 6-1 Janela Para o Mundo - Paternidade em Três Culturas</i>	243
Questões de Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida	244
Desenvolvendo a Confiança	244
Desenvolvendo os Laços Afetivos.	245
Comunicação Emocional com Cuidadores: Regulação Mútua	251
<i>Quadro 6-2 Aperfeiçoando o Conhecimento - Como a Depressão da Mãe Afeta seu Bebê?</i>	253
Referencial Social.	254
Questões de Desenvolvimento na Primeira Infância	255
A Emergência do Senso de Identidade	255
Desenvolvendo a Autonomia	255
Socialização e Internalização: Desenvolvendo uma Consciência	256
<i>Quadro 6-3 Em Termos Práticos - Enfrentando os "Térribles 2 Anos"</i>	257
Contato com Outras Crianças	259
Irmãos.	259
Sociabilidade com Outras Crianças.	261
Filhos de Pais que Trabalham Fora	261
Efeitos da vida profissional dos Pais	262
O Impacto dos Serviços de Assistência para Crianças Pequenas.	262

Parte Três

Segunda Infância

Capítulo 7

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Segunda Infância

Foco: <i>Wang Yani, uma Artista Autodidata</i>	271
--	-----

Desenvolvimento Físico

Aspectos do Desenvolvimento Físico.	273
Crescimento e Mudança Corporal	273
Nutrição e Dentição.	274
Padrões e Problemas de Sono.	274
Habilidades Motoras.	276
Saúde e Segurança.	278
Doenças Pouco Graves.	279
Ferimentos Acidentais.	279
A Saúde em Contexto: Influências Ambientais	280

Desenvolvimento Cognitivo

Abordagem Piagetiana: A Criança Pré-Operacional.	284
Avanços do Pensamento Pré-Operacional	284
Aspectos Imaturos do Pensamento Pré-Operacional.	288
As Crianças Pequenas Têm Teorias da Mente?	290
<i>Quadro 7-1 Aperfeiçoando o Conhecimento - Companheiros Imaginários</i>	292
Outros Aspectos do Desenvolvimento Cognitivo	294
Linguagem	294
Interação Social e Preparação para a Alfabetização.	298
Memória e Outras Capacidades de Processamento de Informações.	298
<i>Quadro 7-2 Em Termos Práticos - Podemos Confiar no Testemunho Ocular de Crianças?</i>	301
Inteligência: Abordagens Psicométrica e Vygotskiana.	303
Educação na Segunda Infância	305
Metas e Tipos de Pré-Escola: Uma Visão Intercultural.	305
Programas Pré-escolares Compensatórios.	307
A Transição para a Pré-escola.	308

Capítulo 8

Desenvolvimento Psicossocial na Segunda Infância

Foco: <i>Eva Perón, "Uma Mulher do Povo"</i>	313
O Desenvolvimento do Eu	315
O Autoconceito e o Desenvolvimento Cognitivo.	315
Compreendendo as Emoções.	316
Erikson: Iniciativa <i>versus</i> Culpa.	318
Auto-estima	319
Gênero.	320
Diferenças de Gênero.	320
Perspectivas sobre o Desenvolvimento de Gênero: Natureza e Experiência	321
<i>Quadro 8-1 Aperfeiçoando o Conhecimento - Crenças das Crianças Sobre Gênero.</i>	325
Brincar: o Negócio da Segunda Infância.	328
Maneiras de Brincar.	328
A Dimensão Social do Brincar.	329
Como o Gênero Influencia o Brincar.	330
Como a Cultura Influencia o Brincar.	331
A Educação dos Filhos.	331
Formas de Disciplina.	331
Estilos de Criação.	334
Promovendo o Altruísmo e Lidando com a Agressividade e com o Medo.	336
Maus-Tratos: Abuso e Negligência.	340
Relacionamentos com Outras Crianças.	344
Irmãos - ou sua Ausência.	345
<i>Quadro 8-2 Janela para o Mundo - Um País de Filhos Únicos.</i>	346
Parceiros e Amigos.	347

Parte Quatro

Terceira Infância

Capítulo 9

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Terceira Infância

Foco: <i>Theodore Roosevelt, Bravo Cavaleiro.</i>	355
---	-----

Desenvolvimento Físico

Aspectos do Desenvolvimento Físico.	357
Crescimento.	357
Nutrição e Dentição.	358
Desenvolvimento Motor.	360
Saúde e Segurança.	361
Manutenção da Saúde e da Boa Forma	361
<i>Quadro 9-1 Aperfeiçoando o Conhecimento - A Compreensão das Crianças sobre Saúde e sobre Doença.</i>	362
Problemas de Saúde.	363
Ferimentos por Acidente.	364

Desenvolvimento Cognitivo

Abordagem Piagetiana: A Criança Operacional Concreta.	365
Avanços Cognitivos.	365
Influências do Desenvolvimento Neurológico e da Cultura.	369
Julgamento Moral.	369
Outras Abordagens do Desenvolvimento Cognitivo	371
Abordagem do Processamento de Informações: Memória e Outras Habilidades de Processamento.	371
Abordagem Psicométrica: Avaliação da Inteligência.	374
Linguagem e Capacidade de Ler e Escrever.	379
Vocabulário, Gramática e Sintaxe.	379
Pragmática.	380
Capacidade de Ler e Escrever.	380
<i>Quadro 9-2 Em Termos Práticos - Ensino da Leitura: Fônico ou Integral?</i>	381
A Criança na Escola	382
Ingressando na 1ª Série.	382
Influências Ambientais sobre o Desempenho Escolar.	383
Educação em Segunda Língua	388
Crianças com Problemas de Aprendizagem.	390
Crianças Superdotadas.	393

Capítulo 10

Desenvolvimento Psicossocial na Terceira Infância

Foco: <i>Marian Anderson, Desbravadora Operística.</i>	399
--	-----

Desenvolvimento do Eu	401
Sistemas Representacionais	401
Auto-estima	402
Desenvolvimento Emocional	403
A Criança na Família	403
Atmosfera Familiar	404
Estrutura Familiar	407
<i>Quadro 10-1 Aperfeiçoando o Conhecimento - Os Pais</i>	
<i>Devem Ficar Juntos pelo Bem de suas Crianças?</i>	411
Relacionamentos com os Avós	415
Relacionamentos entre Irmãos	416
A Criança no Grupo de Amigos	417
Efeitos Positivos e Negativos das Relações	
com Amigos	417
Popularidade	419
Amizade	419
<i>Quadro 10-2 Janela para o Mundo - Popularidade:</i>	
<i>Uma Visão Intercultural</i>	420
Agressão e Ameaça	422
Saúde Mental	425
Distúrbios Emocionais Comuns	425
Técnicas de Tratamento	427
Estresse e Resiliência	428

Parte Cinco

Adolescência

Capítulo 11

Desenvolvimento Físico e Cognitivo	
na Adolescência	436
Foco: <i>Anne Frank, Cronista do Holocausto</i>	437
Adolescência: Uma Transição no Desenvolvimento	439
<i>Quadro 11-1 Janela para o Mundo - Mutilação Genital</i>	
<i>Feminina</i>	440

Desenvolvimento Físico

Puberdade: O Fim da Infância	441
Como a Puberdade se Inicia	441
Tempo, Seqüência e Sinais de Maturação	442
Efeitos Psicológicos da Maturação Precoce	
e Tardia	445

Saúde Física e Mental	447
Boa Forma Física	448
Necessidades de Sono	448
Distúrbios de Nutrição e de Alimentação	448
Uso e Abuso de Drogas	451
Morte na Adolescência	454

Desenvolvimento Cognitivo

Aspectos da Maturação Cognitiva	455
Estágio de Operações Formais de Piaget	455
Elkind: Aspectos Imaturos do Pensamento	
Adolescente	458
Julgamento Moral: A Teoria de Kohlberg	459
Questões Educacionais e Vocacionais	463
Influências no Desempenho Escolar	463
<i>Quadro 11-2 Em Termos Práticos - Os Adolescentes Devem</i>	
<i>Trabalhar em Turno Parcial?</i>	467
Abandono da Escola	469
Planejamento Educacional e Vocacional	469

Capítulo 12

Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência	
Foco: <i>Jackie Robinson, Lenda do Beisebol</i>	475
A Busca de Identidade	477
Erikson: Identidade versus Confusão de	
Identidade	447
Marcia: Estados de Identidade - Crise e	
Comprometimento	479
Diferenças de Gênero na Formação	
da Identidade	481
Fatores Étnicos na Formação da Identidade	482
Elkind: O Self como Colcha de Retalhos	482
Sexualidade	483
Orientação Sexual	483
Atitudes e Comportamento Sexuais	484
Comportamento Sexual de Risco	485
<i>Quadro 12-1 Em Termos Práticos - Prevenindo a</i>	
<i>Gravidez de Adolescentes</i>	488
Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)	489
Gravidez e Maternidade na Adolescência	490
Relacionamentos com a Família, com os Pares e	
com a Sociedade Adulta	493
Rebeldia Adolescente: um Mito?	493

Como os Adolescentes Usam seu Tempo - e com Quem	494
Adolescentes e Pais	495
Adolescentes e Irmãos	499
Adolescentes e Pares	500
Adolescentes em Apuros: Comportamento Anti-Social e Delinquência Juvenil	502
<i>Quadro 12-2 Aperfeiçoando o Conhecimento - A Epidemia da Violência Juvenil.....</i>	<i>503</i>
Existe um "Adolescente Universal"?	507

Parte Seis

O Jovem Adulto

Capítulo 13

Desenvolvimento Físico e Cognitivo no Jovem Adulto

Foco: Arthur Ashe, Campeão de Tênis. 5J5

Desenvolvimento Físico

Aspectos do Desenvolvimento Físico e da Saúde	517
Condições de Saúde	517
Influências Comportamentais sobre a Saúde e sobre a Boa Forma	518
Influências Indiretas sobre a Saúde e sobre a Boa Forma	523
Questões Sexuais e Reprodutivas	527

Quadro 13-1 Em Termos Práticos - Reprodução Assistida 529

Desenvolvimento Cognitivo

Perspectivas sobre a Cognição Adulta	531
Além de Piaget: A Transição para o Pensamento Pós-Formal	531
Schaie: Um Modelo de Desenvolvimento Cognitivo para Toda a Vida	533
Sternberg: Discernimento e Conhecimento Prático	534
Inteligência Emocional	536
Desenvolvimento Moral	537
Viver e Aprender: O Papel da Experiência na Teoria de Kohlberg	537

Quadro 13-2 Aperfeiçoando o Conhecimento - O Desenvolvimento da Fé durante a Vida 539

A Teoria de Gilligan: O Desenvolvimento Moral das Mulheres	541
Educação e Trabalho	542
Desenvolvimento Cognitivo no Ensino Superior. . .	542
Complexidade Cognitiva do Trabalho	544
Trabalho e Idade	545
Educação no Local de Trabalho e Alfabetização de Adultos	545
Questões sobre Igualdade de Oportunidades. . . .	546

Capítulo 14

Desenvolvimento Psicossocial no Jovem Adulto

Foco: Ingrid Bergman, Atriz de Má Reputação. 551

Desenvolvimento Psicossocial: Quatro Abordagens. . . .

Modelos de traço: Os Cinco Fatores de Costa e McCrae	553
Modelos Tipológicos	555
Modelos de Crises Normativas	556
Modelos de Sequência de Eventos	558
Integração das Abordagens de Desenvolvimento Psicossocial	560
Os Alicerces dos Relacionamentos íntimos.....	561
Amizade	562
Amor	562

Quadro 14-1 Janela para o Mundo - Concepções Culturais do Amor 563

Sexualidade: Questões e Atitudes	565
Estilos de Vida Conjugais ou Não-Conjugais	565
Vida de solteiro	566
Relacionamentos Homossexuais Masculinos e Femininos	566
Coabitação	568
Casamento	569
Vida Familiar	571
Ter Filhos	571

Quadro 14-2 Em Termos Práticos - Lidando com a Violência Doméstica 572

Paternidade e Maternidade como Experiência de Desenvolvimento	573
Não ter Filhos por Opção	575
Como Vivem os Casais de Renda Dupla.	576
Quando o Casamento Acaba	577
Divórcio	577
Segundo Casamento e Ser Padrasto ou Madrasta	579

Parte Sete

Idade Adulta

Capítulo 15

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Idade Adulta

Foco: Mahatma Gandhi, Pai de uma Nação. 587

Idade Adulta: Um Constructo Cultural. 589

Desenvolvimento Físico

Mudanças Físicas. 591

Funcionamento Sensorio e Psicomotor. 591

Mudanças Estruturais e Sistêmicas. 593

Sexualidade e Funcionamento Reprodutivo. 593

Quadro 15-1 Janela para o Mundo - A Experiência da Menopausa das Mulheres Japonesas. 596

Saúde 599

Preocupações com a Saúde. 599

Influências Indiretas sobre a Saúde: Pobreza, Gênero e Etnicidade. 599

Saúde e Estilo de Vida: A Influência do Estresse. . . 603

Desenvolvimento Cognitivo

Medindo as Capacidades Cognitivas na Idade Adulta. 607

O Caráter Distinto da Cognição Adulta. 610

O Papel do Conhecimento Especializado. 610

A Natureza Integradora do Pensamento Pós-Formal. 611

Resolução Prática de Problemas. 611

Quadro 15-2 Aperfeiçoando o Conhecimento - Liderança Moral na Idade Adulta e na Velhice. 612

Criatividade. 613

Criatividade e Inteligência. 614

Criatividade e Idade. 615

Trabalho e Educação: Os Papéis Baseados em Idade Estão Obsoletos?. 615

Padrões e Trajetórias Ocupacionais: Estáveis ou Transitórios. 616

Trabalho e Desenvolvimento Cognitivo. 617

O Aprendiz Maduro. 618

Capítulo 16

Desenvolvimento Psicossocial na Idade Adulta

Foco: Madeleine Allbright, Diplomata de Alto Escalão. . . . 623

Examinando o Curso de Vida na Idade Adulta. 625

Mudança na Idade Adulta: Abordagens Teóricas Clássicas. 626

Modelos de Crises Normativas. 626

Quadro 16-1 Janela para o Mundo - Uma Sociedade sem Idade Adulta. 628

Momento de Ocorrência dos Eventos:

O Relógio Social. 629

O Self na Idade Adulta: Questões e Temas. 630

Existe uma Crise da Meia-idade?. 630

Desenvolvimento da Identidade. 631

Bem-Estar Psicológico e Saúde Mental Positiva. . . . 633

Identidade de Gênero. 637

Mudanças nos Relacionamentos na Idade Adulta. . . . 639

Teorias do Contato Social. 639

Relacionamentos e Qualidade de Vida. 640

Relações Consensuais. 640

Casamento. 640

Divórcio na Idade Adulta. 641

Relacionamentos Homossexuais. 643

Amizades. 643

Relacionamentos com Filhos que Estão

Amadurecendo. 644

Filhos Adolescentes: Questões Para os Pais. 644

Quando os Filhos Partem: O Ninho Vazio. 645

Quando os Filhos Retornam: A Síndrome da Porta

Giratória. 645

Cuidando de Filhos Crescidos. 646

Outros Laços de Parentesco. 647

Relacionamentos com Pais Idosos. 647

Relacionamentos com os Irmãos. 649

Quadro 16-2 Em Termos Práticos - Evitando o Esgotamento ao Cuidar de Idosos. 650

Ser Avô. 651

Parte Oito

Terceira Idade

Capítulo 17

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Terceira Idade

<i>Foco: John Glenn, Pioneiro no Espaço.....</i>	661
A Velhice na Atualidade.	663
Imagens do Envelhecimento.	663
O Envelhecimento da População.	664
<i>Quadro 17-1 Aperfeiçoando o Conhecimento - Centenários.</i>	665
Os "Idosos Jovens", os "Idosos Velhos" e os "Idosos mais Velhos".	666
<i>Quadro 17-2 Em Termos Práticos - Novos Ambientes para uma População em Envelhecimento.</i>	666

Desenvolvimento Físico

Longevidade e Envelhecimento.	667
Tendências e Fatores na Expectativa de Vida e na Mortalidade.	667
Por que as Pessoas Envelhecem?.	670
Em que Medida Podemos Prolongar o Ciclo de Vida?.	673
Mudanças Físicas.	674
Mudanças Orgânicas e Sistêmicas.	675
O Cérebro em Envelhecimento.	676
Funcionamento Sensorio e Psicomotor.	677
Funcionamento Sexual.	679
Saúde Física e Mental.	680
Condições de Saúde e Assistência à Saúde.	680
Influências sobre a Saúde.	681
Problemas Mentais e Comportamentais.	683

Desenvolvimento Cognitivo

Aspectos do Desenvolvimento Cognitivo.	687
Inteligência e Capacidades de Processamento.	688
Memória: Como ela Muda?.	693
Sabedoria.	697
Aprendizagem Vitalícia.	698

Capítulo 18

Desenvolvimento Psicossocial na Terceira Idade

<i>Foco: Jimmy Carter, "Presidente Aposentado".....</i>	703
Teoria e Pesquisa sobre Desenvolvimento Psicossocial.	705
Estabilidade dos Traços de Personalidade.	705
<i>Quadro 18-1 Aperfeiçoando o Conhecimento - A Personalidade Prevê a Saúde e a Longevidade?.</i>	706
Questões e Tarefas Normativas.	707
Modos de Enfrentamento.	708
Modelos de Envelhecimento "Bem-Sucedido" ou "Ideal".	711
Questões de Estilo de Vida e Questões Sociais Relacionadas ao Envelhecimento.	714
<i>Quadro 18-2 Janela para o Mundo - Envelhecimento no Japão.....</i>	715
Trabalho, Aposentadoria e Lazer.	716
Esquemas de Vida.	719
Relacionamentos Pessoais na Terceira Idade.	724
Contato Social.	725
Relacionamentos e Saúde.	726
O Papel da Família e dos Amigos.	726
Relacionamentos Consensuais.	727
Casamento de Longa Duração.	727
Divórcio e Segundo Casamento.	729
Vida de Solteiro.	729
Relacionamentos Homossexuais.	730
Amizades.	730
Laços de Parentesco Não-Conjugais.	732
Relacionamentos com Filhos Adultos - ou sua Ausência.	732
Relacionamento com Irmãos.	733
Tornar-se Bisavô.	734

Epílogo

O Fim da Vida	738
<i>Referências Bibliográficas.</i>	753
<i>Créditos.</i>	839
<i>Glossário.</i>	845
<i>índices</i>	
índice Onomástico.	857
índice Remissivo.	873

Prefácio

Com a publicação da edição anterior, a sétima, *Desenvolvimento Humano* celebrava seu vigésimo aniversário. Os seres humanos continuam crescendo e desenvolvendo-se depois de chegarem à idade da maturidade, e com um bom livro-texto isso não deve ser diferente. Com esta oitava edição, praticamente todo o livro foi refeito - projeto gráfico, conteúdo e materiais pedagógicos. Ao mesmo tempo, procuramos manter as qualidades envolventes de tom, estilo e conteúdo que contribuíram para a popularidade adquirida por este livro ao longo dos anos.

Dana Gross, Ph. D., professora associada de psicologia na St. Olaf College em Northfield, Minnesota, serviu de consultora para esta edição, ajudando-nos a acompanhar as últimas descobertas neste campo que se expande rapidamente. Além de descobrir centenas de novas referências, Dra. Gross também participou do planejamento desta revisão e leu e comentou todo o manuscrito durante suas etapas de elaboração. Sua experiência em sala de aula oferece uma perspectiva valiosa sobre as necessidades dos estudantes de hoje. Além disso, como mãe de duas crianças em idade pré-escolar, completa uma equipe de autores formada pela mãe de um adolescente e duas avós, cujos filhos agora são adultos jovens de meia-idade.

Nossos Objetivos para esta Edição

Os principais objetivos desta oitava edição são os mesmos que os das primeiras sete: enfatizar a continuidade do desenvolvimento durante todo o tempo de vida, salientar os inter-relacionamentos entre os domínios físico, cognitivo e psicossocial do desenvolvimento e integrar preocupações teóricas, relacionadas à pesquisa e à prática.

Novidades na Oitava Edição

Materiais Pedagógicos

A mudança mais evidente nesta edição é a adoção de um formato em coluna única. Isso nos permitiu introduzir um Sistema de Aprendizagem novo e inclusivo composto de um conjunto coordenado de materiais periféricos para orientar e verificar a aprendizagem dos alunos. O Passeio Visual após este prefácio oferece uma previsão detalhada do Sistema de Aprendizagem e dos outros materiais pedagógicos.

Alterações Organizacionais

Existem duas principais formas de estudar o desenvolvimento humano: a abordagem cronológica (que descreve todos os aspectos do desenvolvimento em cada período da vida) e a abordagem tópica (que focaliza um aspecto do desenvolvimento de cada vez). Aqui adotamos a abordagem cronológica, a qual oferece uma idéia do caráter multifacetado do desenvolvimento humano, quando conhecemos primeiramente a futura pessoa se desenvolvendo no útero, depois o bebê, depois a criança pequena, a criança em

idade escolar, o adolescente, o jovem adulto, o adulto na meia-idade e a pessoa na terceira idade.

Condizente com nossa abordagem cronológica, dividimos este livro em oito partes e um epílogo. Após a Parte Um, que apresenta o estudo do desenvolvimento humano, as Partes Dois a Oito discutem o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial durante cada um dos períodos do ciclo vital, finalizando com o Epílogo, o fim da vida.

Para iniciar os alunos na disciplina dinâmica do desenvolvimento humano, demos especial atenção à seção de abertura. Na Parte Um, o material anteriormente abordado em um único capítulo introdutório foi compactado e aperfeiçoado, tendo sido dividido em três segmentos mais curtos e de mais fácil absorção:

- Um novo Prólogo prepara o palco para o emocionante estudo do desenvolvimento humano. Ele resume os recentes avanços metodológicos e as mudanças temáticas, bem como pontos fundamentais sobre os quais há consenso.
- O Capítulo 1 oferece um resumo conciso de como o estudo do ciclo vital desenvolveu-se e de suas metas e de seus conceitos básicos. Esse primeiro capítulo inclui uma nova seção sobre as influências do tipo familiar, da condição socioeconômica, da etnia e da cultura.
- Uma introdução detalhada à teoria e pesquisa foi transferida para o novo Capítulo 2. A discussão expandida sobre as perspectivas teóricas começa pelo destaque a três questões fundamentais: a relativa importância da hereditariedade e do ambiente, se o desenvolvimento é ativo ou passivo e se o desenvolvimento é contínuo ou ocorre em etapas. Também apresentamos uma descrição expandida dos métodos e modelos de pesquisa e, como antes, uma discussão da ética de pesquisa.

A organização do material dentro e entre os capítulos foi cuidadosamente avaliada e aperfeiçoada. Por exemplo:

- A perspectiva humanista e a discussão expandida da teoria bioecológica de Bronfenbrenner foram transferidas para o Capítulo 2.
- A teoria triárquica da inteligência de Sternberg foi transferida para o Capítulo 9.
- No Capítulo 5, o material sobre o desenvolvimento cognitivo inicial foi reorganizado em abordagens clássicas (behaviorista, psicométrica e piagetiana) e abordagens mais recentes (processamento de informações, neurociência cognitiva e sociocontextual).
- O Capítulo 13 contém uma seção consolidada sobre questões sexuais e reprodutivas, incluindo disfunção sexual, doenças sexualmente transmissíveis, problemas menstruais e infertilidade.
- As seções sobre educação e trabalho na idade adulta foram reorganizadas para dar maior ênfase ao desenvolvimento cognitivo.

Alterações no Conteúdo

Por acreditarmos que todos as partes da vida são importantes, desafiadoras e repletas de oportunidades de crescimento e mudança, oferecemos um tratamento imparcial de todos os períodos do tempo de vida, tomando cuidado para não dar excessiva ênfase a alguns e menosprezar outros. Nesta revisão, esforçamo-nos principalmente para utilizar as informações mais recentes disponíveis. Em conformidade com o crescente reconhecimento do desenvolvimento humano como um empreendimento científico rigoroso, ampliamos como nunca a base de pesquisa de cada capítulo. Acrescentamos muitas tabelas e figuras e atualizamos as estatísticas em todo o livro. Esforçamo-nos para que nossa abordagem fosse o mais concisa e acessível possível, sem deixar de fazer justiça ao amplo escopo e significado dos trabalhos teóricos e de pesquisa em andamento.

Esta edição continua expandindo nosso enfoque cultural, refletindo a diversidade da população dos Estados Unidos e de outros países do mundo. Nossas fotos ilustrativas mostram um compromisso ainda maior com a representação dessa diversidade. O texto fornece discussões novas ou aprofundadas sobre tópicos como diferenças culturais de temperamento, estilos de criação e metas da educação pré-escolar; o papel da cultura no desenvolvimento cognitivo; e influências culturais na agressividade e no desempenho escolar.

Os tópicos importantes que são novos ou foram profundamente modificados em cada capítulo são os seguintes:

Capítulo 1

- Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento sobre os filhos da Grande Depressão
- Quadro Em Termos Práticos sobre períodos críticos na aquisição da linguagem
- Conceito de construção social
- Principais influências contextuais (família, condição socioeconômica e bairro, cultura e etnicidade)

Capítulo 2

- Três questões teóricas básicas; teorias hoje discutidas antes dos métodos
- Teoria de Bronfenbrenner incluída em uma perspectiva teórica contextual
- Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento sobre o valor adaptativo da imaturidade
- Estudos microgenéticos
- Abordagem da neurociência cognitiva
- Estudos etnográficos
- Ética discutida no texto, e não em quadro
- Análise crítica das teorias compactadas

Capítulo 3

- Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento sobre clonagem humana
- Conceito de locus de traços quantitativos (LTQ)
- Estudos com controle de gêmeos e estudos com controle coriônico
- Figura sobre âmbito de reação
- Interação entre gene e ambiente e correlação entre gene e ambiente
- Aconselhamento genético transferido de quadro para texto
- Nascimentos múltiplos
- Desenvolvimento fetal
- Ambiente e assistência pré-natal

Capítulo 4

- Mudanças históricas nas práticas de nascimento
- Conceito de parturição
- Métodos de parto (incluindo epidurais)

- Efeitos favoráveis do ambiente na superação do impacto de complicações no nascimento
- Taxa de mortalidade infantil e síndrome de morte infantil súbita (SMIS)
- Desenvolvimento cerebral (incluindo diversas novas figuras)
- Tabela revisada sobre reflexos
- Desenvolvimento motor

Capítulo 5

- Quadro Aperfeiçoando o Conhecido sobre a possibilidade de crianças pequenas serem capazes de "ler" os desejos dos outros
- Material sobre desenvolvimento cognitivo organizado em abordagens clássicas e recentes
- Abordagem da neurociência cognitiva
- Abordagem sociocontextual
- Intervenção precoce
- Tabela sobre desenvolvimentos fundamentais do estágio sensório-motor
- Memória do bebê
- Desenvolvimento do conhecimento sobre objetos e espaço
- Capacidades perceptuais e de processamento iniciais
- Desenvolvimento da linguagem

Capítulo 6

- Quadro Janela para o Mundo sobre paternidade em três culturas
- Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento sobre depressão materna (nova seção sobre crescimento e desenvolvimento emocional)
- Figura sobre cronograma de desenvolvimento emocional
- Paradigma da situação do "rosto sem expressão"
- Diferenças transculturais no temperamento
- Seção sobre filhos de pais que trabalham com muito material modificado (especialmente em relação aos efeitos da assistência infantil sobre diversos aspectos do desenvolvimento)
- Estudo do Instituto Nacional de Saúde e Desenvolvimento Humano (incluindo novas tabelas sobre como escolher um programa de assistência infantil e os efeitos de utilizá-la cedo)
- Referencial social

Capítulo 7

- Preferência no uso das mãos
- Desenvolvimento artístico
- Figura sobre principais causas de morte infantil no Terceiro Mundo
- Exposição ao fumo
- Tabela sobre resultados de saúde para crianças carentes
- Pensamento espacial

- Compreensão biológica
- Conceito do efeito Flynn
- Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento sobre amigos imaginários
- Causalidade
- Teoria da mente
- Desenvolvimento da linguagem
- Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento sobre testemunha ocular
- Metas das pré-escolas: uma comparação intercultural

Capítulo 8

- Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento sobre as crenças das crianças em relação ao gênero
- Diferenças culturais nos estilos de criação
- Conceito de auto-eficácia
- Abordagens biológicas do gênero
- Seção sobre o brincar modificada e transferida para depois de gênero
- Seção sobre diferenças de gênero nas atividades lúdicas transferida para seção sobre o brincar
- Agressão física, afirmação de poder, indução e sonegação de amor
- Agressão (com novas seções sobre influências culturais)
- Comportamento pró-social
- Maltrato
- Quadro Janela para o Mundo sobre pais de filhos únicos

Capítulo 9

- Obesidade
- Brincar impetuoso
- Diferenças de gênero nas atividades lúdicas
- Problemas de saúde e acidentes
- Categorização (contendo material sobre seriação, inferência transitiva e inclusão de classe)
- Causalidade
- Influências do desenvolvimento neurológico e da cultura no desenvolvimento cognitivo
- Abordagem do processamento de informações
- Memória e outras habilidades de processamento
- Teoria das Inteligências Múltiplas de Gardner
- Teoria Triárquica da Inteligência de Sternberg - retirada do Capítulo 13
- Direções alternativas na testagem da inteligência (K-ABC e Teste de Capacidades Triárquicas de Sternberg)
- A criança na escola
- Importância da I^a série

- Questões polêmicas: dever de casa e promoção social
- Influências culturais no desempenho
- Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento sobre ensinar a ler
- Incapacidades de aprendizagem
- Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)

Capítulo 10

- Desenvolvimento emocional
- Agressividade (incluindo nova seção sobre valentões e vítimas)
- Transtornos de Comportamento Destrutivo
- Tabela sobre características de crianças resilientes
- Efeito do trabalho dos pais
- Famílias adotivas (seção retirada do Capítulo 14)
- Efeitos do divórcio
- Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento sobre pais ficarem juntos pelas crianças
- Viver em uma família com apenas um dos pais
- Viver em uma segunda família
- Relações entre irmãos
- Amizades (incluindo tabela sobre estágios de Selman)
- Depressão

Capítulo 11

- Boa forma física
- Necessidades de sono
- Uso de drogas
- Figura sobre tarefas de operações formais
- Crenças sobre auto-eficácia e motivação acadêmica (com tabela)
- Tabela sobre capital social
- Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento sobre adolescentes trabalhando em turno parcial

Capítulo 12

- Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento sobre epidemia de violência juvenil
- Conceito do self como colcha de retalhos, de Elkind
- Seção sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) revista e retirada do Capítulo 11
- Rebeldia adolescente
- Como os adolescentes utilizam seu tempo
- Prevenção da delinquência juvenil

Capítulo 13

- Questões sexuais e reprodutivas (com novas seções, incluindo disfunção sexual, DST, problemas relacionados à menstruação e infertilidade)
- Reprodução assistida (seção transferida do Capítulo 14 para Quadro Em Termos Práticos)
- Obesidade
- Atividade física
- Fumo
- Modelo de desenvolvimento cognitivo de Schaie (incluindo nova figura)
- Desenvolvimento da fé (seção transferida para Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento)
- Educação e trabalho (seção reorganizada, incluindo desenvolvimento cognitivo no ensino superior, complexidade cognitiva do trabalho, trabalho e idade, educação no local de trabalho, e capacidade de ler e escrever do adulto e questões de igualdade de oportunidade)

Capítulo 14

- Integração das abordagens ao desenvolvimento psicossocial
- Modelos de crise normativa
- Amizades
- Tipos de estilo de vida conjugais e não-conjugais
- Quadro Em Termos Práticos sobre violência doméstica

Capítulo 15

- Meia-idade: um constructo cultural
- Mudanças físicas
- Saúde
- Fadiga extrema e desemprego como estressores
- Tabela sobre benefícios e riscos da Terapia de Reposição Hormonal (TRH)
- Tabela sobre fatores de estilo de vida em doenças selecionadas
- Estudo Longitudinal de Seattle de Schaie
- Abordagem combinada do trabalho e da educação (incluindo papéis baseados em idade, padrões ocupacionais, trabalho e desenvolvimento cognitivo e o aprendiz maduro)

Capítulo 16

- Observando a trajetória de vida na meia-idade
- Bem-estar psicológico e saúde mental
- Identidade de gênero
- Psicologia narrativa
- Estilos de identidade, teoria da seletividade socioemocional e comboios sociais (seção transferida do Capítulo 18)
- Teorias atualizadas e nova tabela sobre geratividade acrescentada

- Divórcio na meia-idade
- Amizades na meia-idade
- Ser avô/avó

Capítulo 17

- Quadro Aperfeiçoando o Conhecimento sobre pessoas centenárias
- Diferenças regionais e étnicas na expectativa de vida
- Diferenças de gênero no envelhecimento
- Teorias sobre por que as pessoas envelhecem (com nova figura)
- Cérebro em envelhecimento
- Álcool e envelhecimento
- Depressão e envelhecimento
- Condições de saúde
- Atividade física
- Doença de Alzheimer
- Mudança nas capacidades de processamento
- Mudanças neurológicas e memória

Capítulo 18

- Quadro Janela para o Mundo sobre envelhecimento no Japão
- Tabela sobre sistemas alternativos de vida
- Tabela sobre Princípios das Nações Unidas para Pessoas de Idade
- Relacionamentos sociais

Epílogo

- Discussão compactada sobre morte, morrer e luto
- Suicídio
- Eutanásia e suicídio assistido

Agradecimentos

Gostaríamos de expressar nossa gratidão aos muitos amigos e colegas que, por meio de seu trabalho e interesse, nos ajudaram a elucidar nossas idéias sobre o desenvolvimento humano. Somos especialmente gratos pela valiosa ajuda daqueles que examinaram a sétima edição de *Desenvolvimento Humano*, forneceram anotações dos usuários da sétima edição e revisaram os esboços desta oitava edição. Essas avaliações e sugestões ajudaram em muito a preparação desta nova edição. Esses revisores, afiliados tanto a instituições de dois como de quatro anos, são os seguintes:

Revisores da Sétima Edição na Preparação para a Revisão

Martin L. Harris, *Southern California College*

Feleccia R. Moore-Davis, *Houston Community College- Central College*

Jane Bock, *University of Wisconsin-Green Bay*

Peter J. Caprioglio, *Middlesex Community-Technical College*

John Phelan, *Western Oklahoma State College*

Jean L. Edwards, *Jones County Junior College*

Stephen Burgess, *Southwest Oklahoma State University*
 Sandra K. Ciccarelli, *Gulf Coast Community College*
 Mel Cien, *University of San Francisco*
 Cynthia Calhoun, *State Technical Institute at Memphis*
 Sheldon Brown, *North Shore Community College*

Revisores das Anotações dos Usuários

Lynn Gillikin, *College of William & Mary*
 Ursula Flint, *Sierra College*
 Allyssa McCabe, *University of Massachusetts, Lowell*

Participantes do Grupo de Foco

Robert D. Kavanaugh, *Williams College*
 Jean Berko Gleason, *Boston University*
 Eleonara Villegas-Reimers, *Wheelock College*
 Trudi Feinstein, *Emerson College*
 Nancy B. Blackman, *Endicott College*
 Shirley Cassara, *Bunker Hill Community College*
 Peter V. Corrêa, *Emerson College*

Revisores do Manuscrito da Oitava Edição

Steven C. Funk, *Northern Arizona University*
 Michele J. Eliason, *The University of Iowa*
 Molly E. Lynch, *University of Texas at San Antonio*
 Patricia Guth, *Westmoreland County Community College*
 Anne C. Watson, *West Virginia University*
 Wendy J. Micham, *Victor Valley College*
 Stephen T. Houseworth, *The College of William & Mary*
 Bill Fisk, *Clemson University*
 Rosemary T. Hornak, *Meredith College*
 Janet Gregory, *Massey University*
 Kim Shifren, *Towson University*
 Joe M. Price, *San Diego State University*
 Yojackson, *University of Kansas*
 Earl Wade Gladin, *Bob Jones University*

Gostaríamos de agradecer aos mais de 650 professores que participaram de nossa pesquisa de mercado de *Desenvolvimento Humano* no outono último, cujas informações contribuíram substancialmente para a revisão do texto. E, finalmente, gostaríamos de agradecer aos professores que utilizaram *Desenvolvimento Humano* e contataram-nos diretamente através de nosso *site* na internet. Por darem-se ao trabalho de nos enviar seus comentários sobre suas experiências na utilização do texto, eles nos ajudaram a fortalecê-lo ainda mais.

Apreciamos o forte apoio que tivemos de nossa editora. Gostaríamos de expressar um especial agradecimento à Jane Vaicunas, diretora editorial; Rebecca Hope, editora sênior de patrocínio; Laurie McGee, editora de redação; Sturat Paterson, gerente de projeto; Carrie Burger, coordenador de pesquisa fotográfica; Rita Lombard, editora de desenvolvimento de suplementos; e nossos assistentes de pesquisa, Amanda Fingarson, Jessica Shryack, Molly Middlecamp e Loran Nordgren. Keri Toksu coordenou a preparação da bibliografia. Inge King, editora de fotos de todas as edições anteriores de *Desenvolvimento Humano*, mais uma vez utilizou sua sensibilidade, seu interesse e bom olho para encontrar fotografias extraordinárias. Elise Landson produziu para o livro um projeto gráfico admiravelmente novo e atraente.

Como sempre, agradecemos e apreciamos os comentários dos leitores, os quais nos ajudam a continuar aperfeiçoando *Desenvolvimento Humano*.

Diane E. Papalia
 Sally Wendkos Olds
 Ruth Duskin Feldman

Parreio Visual

Um objetivo especial para esta edição foi aumentar seu valor pedagógico. A mudança para um formato em coluna única tornou possível introduzir um Sistema de Aprendizagem abrangente e unificado, o qual ajudará os estudantes a focalizar sua leitura e rever e reter o que aprenderam.

Como de costume, procuramos dar vida ao estudo do desenvolvimento humano contando histórias ilustrativas sobre acontecimentos reais ocorridos nas vidas de pessoas reais. Nesta edição, cada capítulo abre com um vinheta biográfica fascinante sobre um período na vida de uma pessoa muito conhecida (como Elvis Presley, Eva Perón, Anne Frank, Jackie Robinson, John Glenn e Mahatma Gandhi) ou de um caso clássico (como o Menino Selvagem de Aveyron e o diário de Charles Darwin do primeiro ano de vida de seu filho). Os sujeitos dessas vinhetas são provenientes de países e origens étnicas diversas, cujas experiências dramatizam temas importantes no capítulo. Os estudantes, cremos, irão gostar das histórias e identificar-se com elas, as quais levam diretamente ao cerne do capítulo e integram-se à sua estrutura. Essas vinhetas, juntamente com as narrativas verídicas mais curtas que aparecem em todo o livro - algumas delas sobre os filhos e netos da própria autora -, salientam o fato de que não existe um ser humano "mediano" ou "típico", que cada pessoa possui uma personalidade única e um conjunto singular de circunstâncias de vida. Elas nos fazem lembrar que sempre que falamos sobre desenvolvimento humano, falamos sobre pessoas reais em um mundo real.



Novo Sistema de Aprendizagem

O novo Sistema de Aprendizagem forma a estrutura conceitual de cada capítulo e aplica-se a todos os suplementos do texto. Ele se constitui das quatro partes a seguir.

Indicadores para Estudo

1. O que é desenvolvimento humano e quais foram os principais pontos na evolução de seu estudo?
2. O que é a abordagem de desenvolvimento no ciclo vital e quais são seus princípios fundamentais?
3. Quais são os quatro objetivos de estudo científico do desenvolvimento humano?
4. O que os cientistas do desenvolvimento estudam?
5. Quais são os principais aspectos e períodos do desenvolvimento humano?
6. Que tipos de influências tornam uma pessoa diferente de outra?

Como o Estudo do Desenvolvimento Humano Evoluiu

O campo do desenvolvimento humano constitui-se do estudo científico de como as pessoas mudam, bem como das características que permanentemente permanecerão estáveis durante toda a vida. O desenvolvimento humano tem ocorrido, evidentemente, desde que os seres humanos existem, mas seu estudo científico formal é relativamente novo. Desde o início do século XIX, quando foram estudados Victor, as crianças para compreender o desenvolvimento das crianças gradualmente se expandiram para estudos de todo o ciclo vital.

No final do século XIX, diversas tendências importantes estavam preparando o caminho para o estudo científico do desenvolvimento infantil. Os cientistas haviam desenvolvido o método da observação e (como no caso de Victor) debatiam sobre "natureza versus experiência", ou seja, sobre a importância relativa das características inatas e das influências externas. A descoberta dos gêmeos e da insanação fez com que muitos mais crianças pudessem sobreviver. Com função da abolição da mão-de-obra barata, havia menos necessidade de que as crianças trabalhassem. As leis que as crianças de longos dias de trabalho permitiam lhes passar mais tempo estudando, e pais e professores se preocupavam mais em identificar e atender às necessidades de desenvolvimento das crianças. A nova ciência da psicologia emergia e as pessoas podiam entender a si mesmas aprendendo o que as havia influenciado durante a infância.

A ideia de que o desenvolvimento continua depois da infância é relativamente nova. A adolescência não era considerada um período separado do desenvolvimento até o início do século XX, quando G. Stanley Hall (1804-1916), pioneiro no estudo de crianças, publicou *Adolescence* (Adolescência), um livro popular, mas não científico. Hall também foi um dos primeiros psicólogos a se interessar pelo envelhecimento. Em 1922, aos 78 anos de idade, ele publicou *Senescence: The Last Half of Life* (Senescência: A Última Metade da Vida). Sete anos depois, a Universidade de Stanford inaugurou a primeira unidade de pesquisa científica importante dedicada ao envelhecimento. Mas o estudo do envelhecimento teve que esperar mais uma geração para florescer. Desde o final da década de 1980, diversos estudos importantes de longa duração, discutidos na segunda metade deste volume, como os de R. Warner Schaie, George Vaillant, Daniel Levinson e Rensselaer Herson, concentraram-se na inteligência e no desenvolvimento da personalidade na idade adulta e na velhice.

Os estudos do ciclo vital nos Estados Unidos surgiram a partir de programas destinados a acompanhar crianças até a idade adulta. Os Estudos de Crianças Impertinidas da Universidade de Stanford iniciados em 1921 sob a direção de Lewis M. Terman acompanharam o desenvolvimento de pessoas (hoje na velhice) que foram identificadas como excepcionalmente inteligentes na infância. Outros estudos importantes que foram iniciados em torno de 1980 — o Estudo de Instituto de Pesquisa de Longo Prazo, os Estudos de Crescimento e Maturação de Berkeley e o Estudo do Crescimento (Adolescente) de Oakland — fornecem muitas informações sobre o desenvolvimento a longo prazo.

Verificadores

Estas perguntas mais detalhadas, colocadas à margem ao final ou próximo ao fim das principais seções do texto, permitem que os alunos verifiquem sua compreensão do que leram. Os alunos devem ser incentivados a parar e rever qualquer seção em que não conseguem responder a um ou mais Verificadores.

Indicador

O que é desenvolvimento humano e quais foram os principais pontos na evolução de seu estudo?

desenvolvimento humano: estudo científico da mudança e da continuidade durante todo o ciclo humano de vida.

Indicador

O que é desenvolvimento humano e quais foram os principais pontos na evolução de seu estudo?

desenvolvimento humano: estudo científico da mudança e da continuidade durante todo o ciclo humano de vida.

VERIFICADOR

Qual é o papel de...

- 1. Descrever os quatro objetivos de estudo científico do desenvolvimento humano e explicar o valor de cada um?
- 2. Distinguir entre desenvolvimento quantitativo e qualitativo e dar um exemplo de cada um?
- 3. Identificar três aspectos do desenvolvimento?
- 4. Nomear os sete períodos do desenvolvimento humano como definidos neste livro e explicar os fatores que influenciam os eventos fundamentais de cada período?

Influências no Desenvolvimento

Indicador

Que tipos de influências tornam uma pessoa diferente de outra?

diferenças individuais: variações nas características no resultado do desenvolvimento entre uma criança e outra.

hereditariedade: influências inatas sobre o desenvolvimento, transmitidas pelos genes herdados dos pais biológicos.

ambiente: transmissão de influências não-genéticas sobre o desenvolvimento, externas à pessoa.

maturação: desenvolvimento de uma sequência geneticamente influenciada a muitas vezes, especificada a nível de mudanças físicas e químicas do corpo e do cérebro, que ocorrem ao longo da vida e que são necessárias para a sobrevivência e a reprodução.

comportamento gradualmente muda dos pais para a criança, e o grupo de amigos torna-se cada vez mais importante. Uma das principais tarefas da adolescência é a busca de identidade — pessoal, sexual e profissional. À medida que se tornam fisicamente maduros, os adolescentes, muitas vezes, lidam com necessidades e emoções conflitantes enquanto se preparam para se separar da segurança do núcleo parental.

As tarefas de desenvolvimento do jovem adulto incluem o estabelecimento de estilos de vida, profissão e, geralmente, famílias independentes. Durante a vida adulta, a maioria das pessoas precisa lidar com algum declínio das capacidades físicas, e as mulheres com a perda da capacidade reprodutiva. Ao mesmo tempo, muitas pessoas de meia-idade encontram desafios e desafios nas mudanças de vida — incluindo novas obrigações e lançando os filhos adultos — enquanto algumas enfrentam a necessidade de cuidar de pais idosos. Na terceira idade, as pessoas lidam com as perdas em suas próprias localidades, com as perdas de entes queridos e com as preparações para sua própria morte. Quando se aposentam, elas precisam lidar com a perda de relacionamentos baseados no trabalho, mas podem obter mais prazer das atividades da família e do trabalho voluntário, com a oportunidade de explorar interesses anteriormente negligenciados. Muitas pessoas mais velhas tornam-se mais introspectivas, indo em busca do sentido de sua vida.

Os estudantes do desenvolvimento interessam-se pelos processos de desenvolvimento que influenciam toda pessoa normal, mas eles também gostam saber sobre as diferenças individuais, tanto nas influências sobre o desenvolvimento como em seu resultado. As pessoas diferem em sexo, altura, peso e estrutura corporal, em fatores constitucionais, como saúde e nível de energia, em inteligência, em características de personalidade e reações emocionais. Os contextos de suas vidas e estilos de vida também diferem: os lares, as comunidades e as sociedades em que vivem, os relacionamentos que têm, os tipos de escolas que frequentam (se se estudam ou não), suas profissões e como desfrutam seu tempo de lazer.

Algumas diferenças básicas são óbvias, como as entre pessoas de dois sexos maternos ou femininos. Outras diferenças, como variações de talento e temperamento, podem ser sutis. Essas e outras diferenças podem ajudar a explicar por que uma pessoa é diferente de outra. Como o desenvolvimento é complexo e os fatores que o afetam nem sempre podem ser medidos com precisão, os cientistas não podem dar uma resposta definitiva a essa pergunta. Entretanto, eles aprenderam muito sobre o que as pessoas precisam desenvolver normalmente, como elas reagem às muitas influências internas e externas, e como elas podem desempenhar melhor seu potencial.

Hereditariedade, Ambiente e Maturação

Algumas influências sobre o desenvolvimento surgem-se com a hereditariedade: a dotação genética herdada dos pais biológicos de uma pessoa. Outros provêm do ambiente externo: o mundo fora da pessoa, que se inicia no útero. As diferenças individuais aumentam à medida que as pessoas crescem. Muitas mudanças típicas da primeira e segunda infâncias parecem vinculadas à maturação do corpo e do cérebro — o desenvolvimento de uma sequência natural geneticamente influenciada de mudanças físicas e químicas de comportamento, incluindo a prontidão para adquirir novas habilidades, como caminhar e falar. À medida que as crianças transformam-se em adolescentes e depois em adultos, as diferenças nas características inatas e na experiência de vida desempenham um papel mais importante.

Mesmo em processos pelos quais todos passam, o tipo e o tempo de ocorrência do desenvolvimento variam. Ao longo deste livro, lidamos sobre ideias iniciais para a ocorrência de determinados comportamentos: a primeira palavra, o primeiro passo, a primeira menstruação ou "menstruação", o desenvolvimento do pensamento lógico. Mas essas ideias são apenas iniciais. Somente quando o desenvolvimento da mente e do corpo estiverem considerados o desenvolvimento excepcionalmente avançado ou retardado.

Que características têm maior incidência e pressão? Quais tendem a mudar? Por quê? Estas são algumas das perguntas básicas que o estudo do desenvolvimento humano precisa responder.

Aspectos do Desenvolvimento

O estudo do desenvolvimento humano é compreendido pelo fato de que a mudança e a estabilidade ocorrem em diversos aspectos da pessoa. Para simplificar e discutir, os cientistas do desenvolvimento fazem de modo distinto sobre desenvolvimento físico, desenvolvimento cognitivo e desenvolvimento emocional. Na verdade, contudo, esses aspectos ou domínios do desenvolvimento estão interligados. Durante toda a vida, cada um deles influencia os outros.

O crescimento do corpo e do cérebro, das capacidades sensoriais, das habilidades motoras e da saúde são parte do desenvolvimento físico e podem influenciar outros aspectos do desenvolvimento. Por exemplo, uma criança com frequentes infecções de ouvido pode desenvolver a linguagem mais lentamente do que uma criança sem esse problema. Durante a puberdade, as mudanças fisiológicas e hormonais dramáticas afetam o desenvolvimento do senso de identidade. Em alguns adultos, mais velhos, mudanças físicas no cérebro podem levar à deterioração do intelecto e da personalidade.

A mudança e a estabilidade nas capacidades mentais, como aprendizagem, memória, linguagem, pensamento, julgamento moral e criatividade constroem o desenvolvimento cognitivo. Elas estão intimamente relacionadas ao crescimento físico e emocional. A capacidade de falar depende do desenvolvimento físico da boca e do cérebro. Uma criança que tem dificuldade para se expressar com palavras pode privar-se de muitas experiências nos outros, o que influencia sua personalidade e seu senso de valor próprio.

A mudança e a estabilidade na personalidade e nas relações interpessoais constroem juntos o desenvolvimento emocional, o qual pode influenciar o funcionamento cognitivo e físico. Por exemplo, a ansiedade pode prejudicar o desempenho em uma prova. O apoio social pode ajudar as pessoas a lidar com os efeitos potencialmente negativos do estresse sobre a saúde física e mental. Inversamente, as capacidades físicas e cognitivas podem influenciar o desenvolvimento emocional. Elas contribuem muito para a auto-estima e podem afetar a aceitação social e a escolha profissional.

Embora examinemos separadamente o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional, uma pessoa é mais do que um conjunto de partes isoladas. O desenvolvimento é um processo unificado. Neste livro, no início de cada parte e em todo o texto, destacaremos conexões entre os três grandes domínios do desenvolvimento.

Períodos do Ciclo Vital

O conceito de período do ciclo de vida é uma construção social; um ideal acerca da natureza da realidade criado pelos integrantes de uma determinada sociedade em uma determinada época com base em percepções ou suposições subjacentes compartilhadas. Não existe um momento objetivamente definido em que uma criança deixa de ser um adulto ou em que uma pessoa jovem torna-se velha. As sociedades do mundo inteiro reconhecem diferenças no modo como pessoas de diferentes idades pensam, sentem e agem, mas elas dividem o ciclo de vida de modos diferentes. Nas sociedades industriais, como já mencionamos, o conceito de adolescência como um período de desenvolvimento é muito recente. A realidade também não era vista como uma fase separada de vida em outros tempos, quando a vida era mais curta. Tampouco é considerada uma fase separada da vida em algumas sociedades pré-industriais, em que os papéis sociais não mudam significativamente entre a idade adulta e a velhice.

Os Indígenas Chippewa só têm dois períodos de infância do nascimento até a criança abandonar a casa durante a puberdade. A adolescência é parte da vida adulta, que dura até a vida do primeiro neto, um período posterior da idade adulta começa com o nascimento do primeiro neto. Os búscar africanos definem oito períodos da vida e tratam cada um com uma cerimônia. A conclusão de bebê começa aos 3 meses, quando se considera que o bebê provavelmente irá sobreviver. Depois vem a segunda etapa (que começa quando o bebê aprende a caminhar), a infância (que começa aos 6 anos), a puberdade e o casamento. Para uma mulher, os etapas seguintes dependem do sexo do primeiro filho e quando ela vai morrer com um filho casado. Na etapa final, uma pessoa é respeitada "como um antepassado", conduz rituais comemorativos e supervisiona a educação das crianças (Bernal, 1995, p. 133).

Indicador

Quais são os principais aspectos e períodos do desenvolvimento humano?

Pense sobre isso...

- Você acha certo que um conceito como *hard core* modifique o desenvolvimento de uma criança como Victor? Você vê algum perigo e em qual direção? Qual, em um primeiro momento, é o maior risco de benefícios e menos danos? Que garantias poderiam ser dadas aos pais para garantir o bem-estar da criança?
- Que motivos você tem para pensar que a cultura do desenvolvimento humano? Alguns dos seus alunos dizem muito. Há alguma coisa importante de que os pais não sabem?
- Descreva de que modo um aspecto de seu desenvolvimento influencia os outros.

construção social
Conceito sobre a natureza da realidade baseado nos princípios ou nos valores subjacentes compartilhados por indivíduos.

Pense sobre isso...

Estas perguntas periódicas à margem do texto desafiam os alunos a interpretar, aplicar ou avaliar criticamente as informações apresentadas no texto.

Resumos dos Capítulos

Como nas edições anteriores, os Resumos dos Capítulos são organizados de acordo com os tópicos importantes do capítulo. Nesta edição, as perguntas dos Indicadores aparecem junto aos principais tópicos apropriados. Cada Indicador é seguido de uma série de enunciados sucintos que reafirmam os pontos mais importantes que nele se incluem, assim criando um formato de perguntas e respostas a ser utilizado pelo próprio aluno para testar seus conhecimentos. Os alunos devem ser incentivados a tentar responder a cada pergunta dos Indicadores antes de ler o material do resumo.

Agora que já fizemos um breve apêndice geral do campo do desenvolvimento humano e de alguns de seus conceitos mais básicos, é hora de examinar mais de perto as questões sobre as quais os cientistas do desenvolvimento pensam e como eles fazem seu trabalho. No Capítulo 2, apresentaremos algumas ideias influentes sobre como ocorre o desenvolvimento, além dos métodos que os investigadores normalmente utilizam para estudá-lo.

Resumo

Como o Estudo do Desenvolvimento Humano Evoluiu

Resumo O que é desenvolvimento humano e quais foram os principais passos na evolução de seu estudo?

- Desenvolvimento humano é o estudo da mudança e da estabilidade ao longo de toda a vida. O estudo do desenvolvimento humano começou com estudos sobre a infância durante o século XIX. A adolescência não era considerada uma fase separada de desenvolvimento até o século XX.
- Quando os pesquisadores começaram a se acompanhar o desenvolvimento durante toda a vida adulta, o desenvolvimento no ciclo vital tornou-se um campo de estudo.

Resumo O que é a abordagem de desenvolvimento no ciclo vital e quais são seus princípios fundamentais?

- A abordagem de desenvolvimento no ciclo vital é uma estrutura para o estudo do desenvolvimento ao longo de toda a vida. Seus princípios fundamentais incluem a ideia de que o desenvolvimento é contínuo, a importância da história e do contexto, a multidimensionalidade, a plasticidade e a plasticidade.

Desenvolvimento Humano Hoje

Uma Introdução ao Campo

Resumo Quais são os quatro objetivos do estudo científico do desenvolvimento humano?

- O estudo do desenvolvimento humano precisa descrever, explicar, prever e modificar o comportamento.

Resumo O que os cientistas do desenvolvimento estudam?

- Os cientistas do desenvolvimento estudam as mudanças no desenvolvimento. Eles se interessam tanto pela mudança quantitativa como pela mudança qualitativa, assim como pela estabilidade da personalidade e do comportamento.

Resumo Quais são os principais aspectos e períodos do desenvolvimento humano?

- O desenvolvimento tem três principais aspectos: físico, cognitivo e emocional. Essas formas de desenvolvimento não ocorrem isoladamente; cada uma delas influencia as outras.

O conceito de período de desenvolvimento é uma construção social. Todas as sociedades reconhecem esses períodos, mas as divisões precisas variam. Nesse livro, o ciclo vital é dividido em oito períodos: período pré-natal, primeira infância, segunda infância, terceira infância, adolescência, idade adulta inicial, meia-idade e terceira idade. Em cada período do ciclo vital, as pessoas possuem necessidades e tarefas características de desenvolvimento.

Influências no Desenvolvimento

Resumo Que tipos de influências tornam uma pessoa diferente de outra?

- As influências sobre o desenvolvimento provêm tanto da hereditariedade quanto do ambiente. Muitas mudanças típicas durante a infância estão relacionadas com a maturação. As diferenças individuais resultam com a idade.
- Uma influência ambiental ou contextual importante é a família. Nas diferentes sociedades, há predominância da família nuclear ou da família estendida.
- A condição socioeconômica (CE), muitas vezes, está relacionada com os processos e resultados do desenvolvimento através de fatores como qualidade do ambiente no lar e no bairro, da assistência médica e da educação escolar. As influências mais profundas sobre os resultados do desenvolvimento parecem ser a renda e o capital humano do bairro. Múltiplos fatores de risco aumentam a probabilidade de maus resultados.
- Outras influências ambientais importantes provêm dos grupos étnicos e da cultura. Em sociedades multiculturais grandes, os grupos étnicos, muitas vezes, se aculturam, ou se adaptam à cultura majoritária e, ao mesmo tempo, preservam aspectos de sua própria cultura.
- As influências sobre os indivíduos podem ser normativas ou não-normativas. As influências normativas estabelecem padrões de normalidade. As influências não-normativas incluem eventos de vida não-normativos que não ocorrem por si mesmos ou por seu momento de ocorrência.
- Existem fortes indícios de existência de períodos críticos para certos tipos de desenvolvimento físico inicial. Para o desenvolvimento cognitivo e emocional, parece haver mais plasticidade.

Palavras-Chave

desenvolvimento humano (47)	construção social (51)	família estendida (56)	normativo (56)
desenvolvimento no ciclo vital (48)	diferenças individuais (54)	condição socioeconômica (CE) (56)	corrente (56)
plasticidade (50)	emoções (54)	história de risco (57)	período crítico (59)
mudança quantitativa (50)	maturação (54)	cultura (57)	
mudança qualitativa (50)	família nuclear (55)	grupo étnico (57)	

Outros Materiais Especiais desta Edição

Ela inclui três tipos de material em quadros.



Quadros "Janela para o Mundo"

Este material apresentado em quadros oferece uma idéia do desenvolvimento humano em sociedades que não a norte-americana (além da abordagem cultural no corpo principal do texto). Estes quadros destacam o fato de que as pessoas crescem, vivem e prosperam em muitos tipos diferentes de cultura, sob as mais variadas influências. Os tópicos novos, consideravelmente atualizados ou expandidos incluem finalidades da pesquisa intercultural; paternidade em três culturas; a política chinesa de permitir apenas um único filho por casal; envelhecimento no Japão.

Novos Quadros "Aperfeiçoando o Conhecimento"

Estes quadros exploram com profundidade questões importantes, de vanguarda ou polêmicas mencionadas apenas de modo superficial no texto. Algumas delas incluem discussões novas ou significativamente ampliadas ou atualizadas do trabalho de Elder sobre os filhos da Grande Depressão; o valor adaptativo da imaturidade; clonagem humana; efeitos da depressão materna sobre os bebês; capacidade de crianças pequenas de "ler" os desejos dos outros; idéias das crianças sobre gênero; se os pais devem ficar juntos para o bem das crianças; a epidemia de violência juvenil; centenários.



Vinhetas biográficas de pessoas conhecidas ilustram os temas dos capítulos.

Próximo ao início de cada capítulo, um breve apanhado geral dos tópicos a serem abordados faz uma transição suave entre a vinheta de abertura e o corpo do capítulo.



aprendeu a pintar com o braço direito, tornando o pulso para produzir um efeito que queria. À medida que um desenho e sua expressão foram aumentando, suas habilidades adquiriram mais vigor e tornaram-se mais variadas e precisas: produzindo, assim, o sentido para o leitor o formato de um animal, produzindo raios e ondas para sugerir vento, pelo ou cabelo das crianças.

À medida que cresceu, foi exposto aos temas para incluir paisagem, plantas e flores de tinta. Se os materiais que ele utilizou – pontos de linhas, linhas de tinta e papel de arroz – eram tradicionais, o estilo dele – predominantemente denominado xing, “estilo de Xing” – não era. Era, e continua sendo, único, livre e espontâneo.

Com rápidos reflexos, imaginação fértil, capacidades visuais extraordinárias, forte conexão e orientação sensorial do pai a avaliação artística de Yan tem sido vital. Como jovem adulto, a consistência de uma artista de grande futuro, finalmente, ele considerou fazer algo muito simples: “Se eu não tenho o que se pensa. Não é preciso seguir qualquer tradição. Todo mundo pode pintar” (Zhouxin e Low, 1991, p. 9).

Embora o crescimento artístico de Wang Yan tenha sido incansável, ele repousou em desenvolvimento típico da segunda infância, após o desenvolvimento do controle muscular e da coordenação olho-mão, acompanhadas de uma compreensão cada vez maior do mundo à sua redor – compreendido orientado por sua capacidade de observação e memória e suas percepções verbais com que ele, então, suas influências físicas, cognitivas e sociais ajudaram a responder suas necessidades e suas emoções através da arte.

Neste capítulo, examinamos o desenvolvimento físico e cognitivo das 3 aos 6 anos. Nesta faixa etária, as crianças começam a se desenvolver de que antes, mas ainda em ritmo acelerado, e fazem tanto progresso no desenvolvimento e na coordenação das habilidades, que são capazes de fazer muito mais coisas. As crianças também fazem enormes avanços na capacidade de pensar, falar e ler. Neste capítulo, examinamos todas essas capacidades de desenvolvimento e apresentamos diversas percepções importantes. Também avaliamos a experiência cada vez mais consciente de educação na segunda infância.

Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:

(a) Standard-Binet, versão norte-americana das tradicionais testes Binet-Simon (ver Capítulo 7).

Os objetivos dos testes psicométricos são medir quantitativamente os fatores que supostamente constituem a inteligência (ou inteligência) e, a partir dos resultados dessa medição, prever o futuro desempenho (o desempenho escolar, por exemplo). Os testes de QI (quociente de inteligência) consistem de perguntas ou tarefas que supostivamente medem quanto das capacidades mentais uma pessoa possui, comparando seu desempenho com o de outras indivíduos submetidos ao teste. O conceito de uma criança é comparado com normas padronizadas: padrões obtidos a partir dos escores de uma grande amostra representativa de crianças de mesma idade que foram o teste enquanto ele estava sendo desenvolvido.

Alguns dos testes psicométricos tentam garantir que eles possuem alta validade (os testes medem as capacidades que pretendem medir) e fidelidade (os resultados do teste são razoavelmente consistentes em ocasiões diferentes). Os testes se podem ser significativos e úteis se forem válidos e confiáveis. Para crianças em idade escolar, os resultados dos testes de inteligência são capazes de prever o desempenho escolar com bastante precisão e confiança. Os testes de inteligência de bebês e crianças pequenas é outra questão.

Testagem da Inteligência de Bebês e Crianças Pequenas

Os bebês são inteligentes desde o nascimento, mas medir sua inteligência não é fácil. Uma vez que os bebês não são capazes de nos dizer o que sabem e como pensam, a maioria tenta obter de medir sua inteligência e avaliar o que conseguem fazer. Porém, quando eles não sabem um conceito, é difícil saber se eles não sabem como fazer isso, se não sabem vontade de fazer isso, não entendem o que se espera deles, ou se simplesmente perderam o interesse.

Além disso, os testes, mesmo aqueles para testar a inteligência de um bebê, se os pais perguntam se com o fato de um bebê não estar fazendo as mesmas coisas que outros bebês de mesma idade, teste de desenvolvimento podem tranquilizar-las de que o desenvolvimento está normal, ou alertá-las para um problema. Os testes de desenvolvimento comparando o desempenho de um bebê em uma série de tarefas com normas estabelecidas observando o que grande número de bebês e crianças pequenas conseguem fazer em determinadas idades.

As Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil (Bayley, 1963; ver Tabela 5-1) são amplamente utilizadas para essa finalidade. A Bayley-II, revisada em 1993, visa a avaliar o estado de desenvolvimento de crianças de 1 mês a 3 anos e 6 meses. Ela é utilizada sobretudo com crianças com suspeita de risco de desenvolvimento anormal (Thompson et al., 1994). A Bayley-II possui três seções: uma escala mental, que mede habilidades como percepção, memória, aprendizagem e vocalização; uma escala motora, que mede habilidades motoras grossas (ou habilidades maiores) e habilidades (ou habilidades finas), incluindo coordenação sensorio-motora; e uma escala de classificação de comportamento e ser classificada pelo examinador. Escalas separadas, chamadas de questionários de desenvolvimento (QDC), são calculadas para cada seção. Os QDCs são mais úteis para detecção precoce de transtornos emocionais, problemas de aprendizagem e dificuldades sensoriais, neurológicas e ambientais.

Embora esses testes forneçam um quadro bastante preciso do atual estado de desenvolvimento de uma criança, eles possuem pouco valor para a previsão do funcionamento futuro (Anastasi e Urbina, 1997). Um dos problemas para isso, como sabemos, é que as influências ambientais afetam o desenvolvimento cognitivo, principalmente quando as crianças estão próximas dos 3 anos de idade (Kerhnen, Brooks-Gunn, McCarten e McCann, 1998). Outros motivos é que os testes de desenvolvimento tradicionalmente utilizados com bebês medem sobretudo as capacidades sensorio-motoras, ao passo que os testes de inteligência para crianças com mais idade têm maior ênfase às capacidades verbais (Borroni e Sigman, 1986; Colquhoun, 1993; McCall e Carrigan, 1993). Somente após o terceiro ano de vida, quando as crianças podem ser testadas com o Standard-Binet, é que os testes de QI de uma criança, isoladamente, são fatores como QI e nível de instrução dos pais, continuam a ajudar a prever os resultados em testes posteriores (Kopp e Kater, 1988; Kopp e McCall, 1982; McCall e Carrigan, 1993). Quando as crianças aproximam-se do quinto ano de vida, a relação entre os atuais escores e os da infância posterior se torna mais forte (Borroni e Sigman, 1986), e os testes de QI aplicados perto do fim da primeira infância entre os que melhor predizem o futuro desempenho (Thompson, Haughey e Selman, 1988).



Indicador
É possível medir a inteligência de bebês e crianças pequenas? Como ela pode ser aperfeiçoada?

testes de QI (quociente de inteligência)
Testes psicométricos que procuram medir a inteligência de uma pessoa comparando seu desempenho com normas padronizadas.

normas padronizadas
Padrões utilizados para avaliar o desempenho de pessoas que fazem um teste de inteligência, obtidos a partir dos escores de uma ampla amostra representativa de crianças submetidas ao teste enquanto ele estava sendo desenvolvido.

validade
Capacidade de um teste de medir o que pretende medir.

fidelidade
Consistência de um teste na medição do desempenho.

Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil
Teste padronizado do desenvolvimento mental e motor dos bebês.

Sempre que uma nova palavra importante é introduzida no texto, ela é marcada em **negrito** e definida, tanto no texto como, às vezes mais formalmente, no glossário ao final do livro. Pela primeira vez nesta edição, as palavras-chave e suas definições aparecem nas margens perto do lugar onde são apresentadas no texto, e todas as palavras-chave aparecem em **negrito** nos Resumos de Capítulo e no índice Remissivo.

Muitos pontos no texto são visualmente destacados por meio de desenhos, gráficos e fotografias selecionadas. O programa de ilustrações inclui novas figuras e muitas fotografias coloridas.

viam um videotape de uma mulher infante de conteúdo utilizado PDC, de que quando a mulher utilizava uma linguagem adulta - ocorrendo o mesmo com bebês de pais falantes de inglês (Parker, Pegg e McLeod, 1994). A preferência por PDC não se limita à linguagem falada. Em um estudo observacional no Japão, mães e bebês foram filmados no cotidiano, notando-se conflitos na linguagem dos pais, primeiro para seus bebês de 6 meses e depois para amigos adultos japoneses. As mães japonesas foram inicialmente e com mais frequência e intensamente exigentes quando dirigiam as atividades aos bebês, e outros bebês da mesma idade pareciam mais atentos e pausados mais rapidamente quando viam suas mães (Masataka, 1996). Além disso, bebês de 6 meses com média normal que nunca haviam sido expostos à língua dos pais também demonstraram uma preferência por sons dirigidos a bebês. Isso constitui forte evidência de que os bebês, mesmo os não, são universalmente atraídos a PDC (Masataka, 1996).

Preparação para a Alfabetização: Os Benefícios da Leitura em Voz Alta

A história dos bebês gosta que leiam para eles, e a frequência com a qual os pais ou cuidadores leem para eles, bem como o modo como o fazem, pode influenciar sua habilidade para ler, sua posterior capacidade de ler e o tempo que leva para começar a ler. As crianças que aprendem a ler cedo geralmente são aquelas cujos pais leem para elas com muita frequência quando eram muito pequenas.

Leitura para um bebê ou para uma criança pequena oferece oportunidades de interação emocional e promove a comunicação entre pais e filhos. Os adultos ajudam o desenvolvimento da linguagem da criança quando participam no diálogo e que a criança ouve, conversam sobre o que interessa à criança, permanecendo em silêncio tempo suficiente para dar à criança uma chance de responder e fazer perguntas específicas (Rice, 1989). As crianças em voz alta oferecem uma perfeita oportunidade para esse tipo de interação.

Uma criança que aprendeu muitas coisas novas se os adultos fizerem perguntas inteligentes que não possam ser respondidas com um simples sim ou não ("O que é aquilo que está fazendo?" em vez de "O que está dormindo?"). Em um estudo, crianças de 21 a 30 meses cujas mães leram para elas - e que complementaram as perguntas das crianças, corrigiram respostas erradas, ofereciam possibilidades alternativas, encorajavam a criança a contar a história e faziam perguntas - tinham vocabulários e habilidades de linguagem expressiva 15 meses mais avançados do que um grupo controle, cujas mães não utilizavam essas práticas durante a leitura. O grupo experimental também obteve um impulso em habilidades de pré-alfabetização, compreensões mais na aprendizagem da leitura, como aprender a forma e o som das letras (Arnold e Wheldall, 1994; Wheldall et al., 1998). As crianças para as quais se lê com frequência, principalmente desde for-

VERIFICADOR

Responda a cada um dos...

- ✓ **Analisar os argumentos.** Avaliando a coerência e o valor de fato dirigido à criança (PDC).
- ✓ **Explicar por que a leitura em voz alta para crianças promove a alfabetização.**
- ✓ **Descrever um modo eficaz de ler para um bebê ou para bebês e crianças pequenas.**



Leitura em voz alta para seu filho de 2 anos de idade e aprendo perguntas sobre as histórias no livro, mas ele está aprendendo o mesmo a respeito das habilidades de linguagem e preparando-se para começar a ler.

QUESTÃO 1: Que influências ambientais podem afetar o desenvolvimento pré-natal?

- O organismo em desenvolvimento pode ser muito afetado por seu ambiente pré-natal. Alguns fatores ambientais são hereditários, e a probabilidade de defeitos congênitos pode depender da época de ocorrência e da intensidade de um evento ambiental e de sua interação com fatores genéticos.
- Importantes influências ambientais envolvendo a mãe incluem: nutrição, atividade física, fumo, álcool (que pode causar o síndrome alcoólica fetal (SAF)), outras drogas ou toxinas maternas, idade materna, incompatibilidade de tipos sanguíneos e doenças infecciosas crônicas, como rubéola, quicax e a toxoplasma. Influências ambientais também podem afetar o sistema de pH.

QUESTÃO 2: Que técnicas podem avaliar a saúde e o bem-estar de um feto, e qual a importância do pré-natal?

- Ultrasom, amniocentese, amniocentese das vilosidades coriônicas, embrioscopia, diagnóstico genético de pré-implantação, amniocentese de cordão umbilical e exames de sangue materno são utilizados para avaliar se um bebê está se desenvolvendo normalmente no útero. Alguns resultados anormais podem ser corrigidos antes de terminar a gravidez.
- Uma amniocentese pré-natal de alta qualidade é realizada desde cedo é essencial para um desenvolvimento saudável. Ela pode levar à detecção de defeitos e distorções e, especialmente quando iniciada cedo e realizada para as necessidades de mulheres com risco, pode ajudar a evitar a morte da mãe e do bebê, bem como a evitar a interrupção da gravidez.

Palavras-Chave

álcool (107)	genética (107)	pré-natal pré-natal-distal (136)
heredidade (108)	herança vinculada ao sexo (111)	taxa germinativa (126)
risco (107)	estrutura do DNA (112)	taxa embrionária (127)
gênese dos gametas (108)	mutação do genoma (impresão) (114)	absorção-espectroscopia (128)
gênese meiotômica (taxa) (108)	acromioclavicular genético (115)	taxa fetal (128)
impresão (108)	teste genético (116)	ultra-son (128)
gênese (107)	genética comportamental (116)	hereditário (129)
álcool-desenvolvimento (2P4) (107)	heredidade (116)	síndrome alcoólica fetal (SAF) (131)
amniocentese (107)	heredidade (116)	estrutura da membrana-estrutural (131)
amniocentese (108)	risco de morte (119)	(AERO) (136)
amniocentese anormal (108)	amniocentese (119)	amniocentese (137)
álcool (107)	interação genótipo-ambiente (120)	amniocentese das vilosidades coriônicas (AEC) (137)
hereditário (107)	correlação genótipo-ambiente (120)	embrioscopia (127)
herança dominante (107)	estrutura do nicho (120)	diagnóstico de pré-implantação genética (130)
herança recessiva (107)	efeitos ambientais não-compartilhados (121)	1360
teste de triagem quantitativa (122) (107)	heredidade (122)	amniocentese do cordão umbilical (136)
transmissão multialélica (107)	herança (122)	exame de sangue materno (136)
hereditário (107)	princípio celular (136)	

Ao final de cada capítulo, as palavras-chave são listadas na ordem em que aparecem pela primeira vez, seguidas do número da página em que são definidas.

Prólogo

Ao folhear o álbum de fotos de sua família, você não fica pensando sobre as pessoas cujas imagens estão congeladas ali em uma sucessão de momentos no tempo? Quando vê aquela fotografia de sua mãe com sua primeira bicicleta, você imagina que ela teve dificuldade para aprender a andar de bicicleta? Que ela levou muitos tombos? E por que ela está sorrindo timidamente naquela foto tirada no primeiro dia de aula? Ela estava ansiosa para conhecer a professora? Ali está ela com seu pai no dia de seu casamento. As vidas deles tomaram o rumo que eles esperavam? Ali está sua mãe, segurando você quando era bebê. Como aquela menina de bicicleta tornou-se uma mulher com um bebê nos braços? Como *você* se tornou a pessoa que é hoje? E como você vai tornar-se a pessoa que será amanhã?

Fotografias nos dizem pouco sobre os processos de mudança interior e exterior que constituem a vida humana. Mesmo uma série de filmes e vídeos caseiros, que podem acompanhar as pessoas em todos os momentos de seu crescimento, não são capazes de capturar uma progressão de mudanças tão sutis, as quais, muitas vezes, não conseguimos detectar até terem ocorrido. Os processos que produzem essas mudanças - os processos pelos quais os seres humanos desenvolvem-se através do tempo - são o assunto deste livro.

Desenvolvimento Humano: Um Emocionante Campo em Evolução

Os seres humanos têm sido foco de estudo científico há mais de um século. Tal exploração é um empreendimento sempre em evolução. As perguntas que os cientistas do desenvolvimento - as pessoas que se dedicam profissionalmente ao estudo do desenvolvimento humano - tentam responder, os métodos que utilizam e as explicações que propõem não são hoje as mesmas que eram há sequer 25 anos. Essas mudanças refletem o progresso na compreensão, à medida que novas investigações desenvolvem ou contestam as anteriores. Elas também refletem as transformações que ocorrem no contexto cultural e tecnológico, as quais influenciam metas, atitudes e ferramentas que os cientistas utilizam em seu trabalho.

Os avanços na neurociência e nas técnicas de imagem cerebral estão tornando possível sondar os mistérios do temperamento - por exemplo, localizando a origem da ansiedade excessiva na química cerebral. Os avanços na genética comportamental permitem aos cientistas avaliar com maior precisão as influências relativas de herança e experiência. Câmeras, gravadores de videocassete e computadores permitem que os investigadores esquadrinhem as expressões faciais dos bebês para detectar os primeiros indícios de emoções ou analisar como mães e bebês comunicam-se. Instrumentos sensíveis que medem os movimentos dos olhos, a frequência cardíaca, a pressão arterial, a tensão dos músculos, etc, estão revelando conexões intrigantes entre funções biológicas e funções psicológicas ou sociais: entre a atenção visual do bebê e a inteligência na infância, entre os padrões de onda cerebral e o surgimento do pensamento lógico e entre o conteúdo químico do plasma sanguíneo e a probabilidade de delinquência. Outros instrumentos oferecem-nos uma imagem do cérebro que envelhece normalmente em comparação ao cérebro de uma pessoa acometida pelo mal de Alzheimer.

Desenvolvimento Humano: Temas Básicos

À medida que o estudo do desenvolvimento humano foi amadurecendo, surgiu um consenso sobre diversos temas fundamentais, os quais irão aparecer repetidamente neste livro:

1. *Todos os domínios do desenvolvimento são inter-relacionados.* Embora os cientistas do desenvolvimento, muitas vezes, examinem separadamente os diversos aspectos do desenvolvimento, cada um deles influencia os outros. Por exemplo, o aumento da mobilidade física ajuda um bebê a aprender sobre o mundo. As mudanças hormonais e físicas da puberdade influenciam o desenvolvimento emocional. Os hábitos de sono e a nutrição na idade adulta podem influenciar a memória. Os pesquisadores até identificaram possíveis vínculos entre traços de personalidade e longevidade.
2. *O desenvolvimento normal inclui uma ampla gama de diferenças individuais.* Cada pessoa é um indivíduo distinto. Uma é sociável, outra tímida. Uma é ágil, outra desajeitada. Como essas e uma infinidade de outras diferenças ocorrem? Esta é uma das fascinantes perguntas que os cientistas do desenvolvimento procuram responder. Algumas influências sobre as diferenças individuais são inatas. Outras são oriundas da experiência. As características familiares, os efeitos de gênero, classe social, raça e etnicidade e a presença ou ausência de incapacidade física, mental ou emocional, todos afetam o modo como uma pessoa desenvolve-se.
3. *As pessoas ajudam a moldar seu próprio desenvolvimento e influenciam as reações dos outros em relação a elas.* Desde o início, através das respostas que despertam nos outros, os bebês influenciam seu ambiente e depois reagem ao ambiente que ajudaram a criar. A influência é *bidirecional* (em duas mãos). Quando os bebês balbuciam, os adultos respondem, incentivando o bebê a "falar" mais. O florescimento da sexualidade nos adolescentes pode indicar aos pais que eles não são mais tão jovens quanto antes; as reações dos pais, por sua vez, podem influenciar o modo como os adolescentes respondem às mudanças pelas quais estão passando. Os adultos mais velhos moldam seu próprio desenvolvimento decidindo quando e se irão aposentar-se.
4. *Os contextos histórico e cultural influenciam fortemente o desenvolvimento.* Cada pessoa desenvolve-se dentro de um ambiente ou contexto específico, limitado por tempo e lugar. Eventos históricos importantes, como guerras, depressões e escassez de alimentos afetam profundamente o desenvolvimento de gerações inteiras. Isso também ocorre com novas tecnologias revolucionárias, como o computador. Nas sociedades industriais ocidentais, os avanços na medicina, bem como as melhorias na nutrição e no saneamento reduziram dramaticamente a mortalidade infantil e os óbitos de mulheres durante o parto; mudanças sociais, como o número cada vez maior de mães que trabalham fora, alteraram profundamente a vida familiar. Ao estudar os seres humanos, precisamos estar cientes dos padrões contextuais que são específicos a uma determinada cultura. Por exemplo, no povo Efe do país africano do Zaire, os bebês têm até cinco pessoas que os cuidam desde o nascimento e são amamentados por outras mulheres que não suas mães; os Gusii do oeste do Quênia não têm uma etapa de vida reconhecida comparável à meia-idade.
5. *A experiência inicial é importante, mas as pessoas podem ser extraordinariamente resilientes.* Uma experiência traumática ou uma infância de muitas privações pode ter consequências emocionais graves, mas as histórias de vida de inúmeras pessoas mostram que os efeitos de uma experiência dolorosa, como crescer na miséria ou a morte de um genitor, podem ser superadas.
6. *O desenvolvimento continua por toda a vida.* Antigamente acreditava-se que o crescimento e o desenvolvimento terminavam na adolescência. Hoje, a maio-

ria dos cientistas do desenvolvimento concordam que as pessoas têm potencial para mudar durante toda a sua vida. As mudanças nos primeiros anos de vida são especialmente dramáticas, pois recém-nascidos quase impotentes transformam-se em crianças competentes e exploradoras. Mas a mudança durante a idade adulta também pode ser notável. Até pessoas muito velhas podem mostrar crescimento, e a experiência de morrer pode ser uma tentativa final de se reconciliar com nossa vida - em suma, desenvolver-se.

Estudando Pessoas Reais no Mundo Real

O estudo científico do desenvolvimento humano baseia-se na crença de que o conhecimento é útil. A clássica distinção entre *pesquisa básica*, realizada exclusivamente com um espírito de investigação intelectual, e *pesquisa aplicada*, a qual aborda um problema prático, está perdendo significado. Cada vez mais, as descobertas de pesquisa possuem aplicação direta na criação dos filhos, educação, saúde e política social. Por exemplo, as pesquisas sobre memória podem ajudar a determinar o valor a ser dado ao testemunho de crianças nos tribunais. As pesquisas sobre os fatores que aumentam os riscos de comportamento anti-social podem sugerir modos de impedi-lo. As pesquisas sobre a compreensão da morte durante os diversos períodos da vida podem permitir que os profissionais ajudem crianças e adultos a lidar com a perda.

Em última análise, será *você* quem vai aplicar o que aprender neste livro. Pessoas reais não são abstrações; elas são seres humanos que vivem, trabalham, amam, riem, choram, fazem perguntas e tomam decisões. Observe os adultos e as crianças a seu redor. Preste atenção em sua forma de confrontarem os desafios da vida cotidiana. Pense sobre suas próprias experiências e como elas se relacionam com o que você lê neste livro. Com a compreensão que adquirir, você poderá olhar para si mesmo e para as outras pessoas com novos olhos.

Como Utilizar Este Livro

Para facilitar seu estudo do desenvolvimento humano, organizamos este livro em torno de um sistema de aprendizagem destinado a despertar seu interesse, concentrar sua atenção e ajudá-lo a rever e reter o que você aprendeu.

Cada capítulo começa com uma vinheta sobre uma pessoa muito conhecida cuja história de vida introduz temas importantes nele discutidos. A seguir aparecem questões de âmbito geral chamadas tais "Indicadores para Estudo". Pense sobre perguntas durante a leitura do texto; cada "Indicador" aparece novamente à margem no ponto em que você pode começar a encontrar a resposta no texto. Ao longo de cada capítulo, à margem do texto, encontram-se "Verificadores": perguntas mais detalhadas para ajudá-lo a avaliar seu domínio sobre o que você estudou. Caso você não consiga responder a alguma das perguntas, você deve retornar às seções relacionadas do texto. Os "Indicadores" aparecem mais uma vez no Resumo ao final do capítulo, no qual você pode utilizá-los como perguntas para recapitulação. Tente responder a cada pergunta *antes* de ler os pontos resumidos logo depois dela.

Em todo este livro, você encontrará recursos didáticos adicionais:

- A introdução de cada parte, exceto a primeira, destaca "Conexões a Procurar": exemplos de inter-relacionamentos entre diversos aspectos do desenvolvimento. Tabelas de previsão, identificadas com fotografias de abertura dos capítulos, resumem os principais pontos a serem estudados para cada período de vida.
- As palavras-chave são destacadas em **negrito** e definidas nas margens, bem como no Glossário ao final do livro. As palavras-chave também são

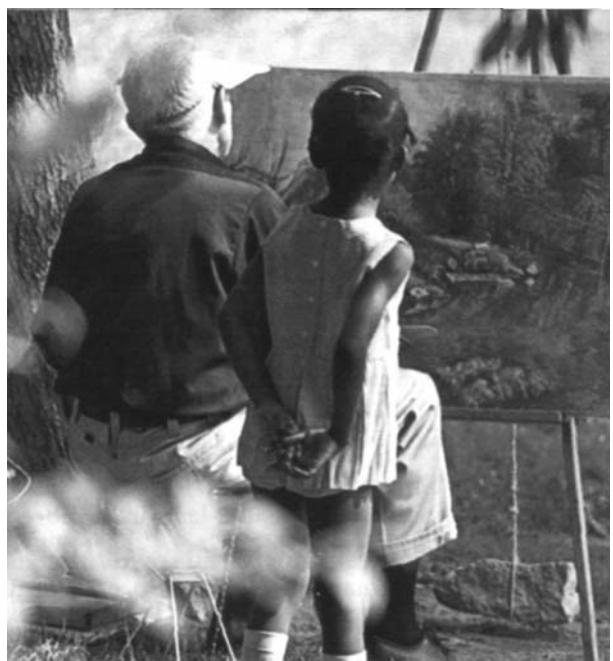
listadas ao final de cada capítulo, com os números das páginas onde elas aparecem pela primeira vez e incluídas em **negrito** no Resumo.

- As perguntas "Pense sobre isso", também nas margens, não possuem uma resposta "certa"; elas exigem respostas pessoais para o que você tiver lido.
- Os quadros "Aperfeiçoando o Conhecimento" exploram mais profundamente tópicos mencionados no texto. Os quadros "Janela para o Mundo" destacam material intercultural. Os quadros "Em Termos Práticos" ilustram aplicações da pesquisa no mundo real.
- Uma bibliografia ao final do livro lista todas as fontes citadas no texto, para que você possa consultá-las para estudos adicionais.

Esperamos que este sistema de aprendizagem ajude a tornar seu estudo do desenvolvimento humano mais completo, eficiente e gratificante.

Parte Um

Sobre o Desenvolvimento Humano



A primeira parte deste livro é um mapa de orientação para o campo do desenvolvimento humano. Traça os percursos que os investigadores têm seguido na busca de informações sobre o que faz as crianças crescerem do modo como crescem; apresenta indicadores para estudar como as pessoas continuam desenvolvendo-se; assinala as principais direções que os estudantes do desenvolvimento seguem hoje; apresenta questões sobre a melhor forma de chegar ao destino: o conhecimento.

No Capítulo 1, descrevemos como o estudo do desenvolvimento humano evoluiu e introduzimos seus objetivos e conceitos básicos. Observamos as muitas influências que ajudam a fazer de cada pessoa um indivíduo sem igual.

No Capítulo 2, introduzimos algumas das teorias mais proeminentes sobre o desenvolvimento humano - teorias que aparecerão com mais minúcia posteriormente neste livro. Explicamos como os cientistas do desenvolvimento estudam as pessoas, que métodos de pesquisa eles utilizam e que padrões éticos governam seu trabalho.

Sobre o Desenvolvimento Humano: Uma Prévia



Capítulo 1

O Estudo do Desenvolvimento Humano

O estudo científico do desenvolvimento humano evoluiu de estudos sobre a infância para estudos sobre todos os períodos da vida.

O estudo do desenvolvimento humano procura descrever, explicar, prever e modificar o comportamento.

Os cientistas do desenvolvimento estudam as mudanças quantitativas e qualitativas e a estabilidade nos domínios físico, cognitivo e psicossocial.

O desenvolvimento está sujeito a influências internas e externas, tanto normativas como não-normativas.

Importantes influências contextuais sobre o desenvolvimento incluem a família, o bairro, a condição socioeconômica, a etnicidade e a cultura.



Capítulo 2

Teoria e Pesquisa

As perspectivas teóricas sobre o desenvolvimento humano diferem em três aspectos básicos: a importância relativa da hereditariedade e do ambiente, se o desenvolvimento é ativo ou passivo e se ele é contínuo, ou ocorre em estágios.

As teorias do desenvolvimento enquadram-se nas perspectivas psicanalítica, humanista, da aprendizagem, cognitiva, etológica e contextual.

Os cientistas utilizam uma variedade de métodos de pesquisa para estudar o desenvolvimento.

Os métodos básicos de coleta de dados incluem relatos pessoais, testes e observação. Os modelos básicos de pesquisa incluem os estudos de caso, os estudos etnográficos, os estudos correlacionais e os experimentos.

Os modelos mais comuns de pesquisa sobre desenvolvimento são longitudinais e transversais.

Capítulo 1

O Estudo do Desenvolvimento Humano





ão há nada permanente exceto a mudança.

Heráclito, fragmento (século VI a.C.)



Victor

Foco:

Victor, o menino selvagem de Aveyron*

Em 8 de janeiro de 1800, um menino nu, com rosto e pescoço cobertos de cicatrizes, apareceu nos arredores da aldeia de Saint-Sernin na província pouco povoada de Aveyron, no sul da França central. O menino, que tinha apenas um metro e trinta e sete de altura, mas aparentava ter 12 anos de idade, tinha sido visto várias vezes durante os últimos dois anos e meio escalando árvores, correndo de quatro, bebendo água dos córregos e coletando raízes e frutos.

Quando o menino de olhos escuros chegou a Saint-Sernin, ele não falava, nem respondia à fala. Como um animal acostumado a viver solto, rejeitava alimentos preparados e arrancava as roupas que as pessoas tentavam colocar nele. Parecia claro que ele tinha perdido os pais, ou tinha sido abandonado por eles, mas era impossível saber há quanto tempo isso tinha acontecido.

O menino apareceu durante uma época de efervescência intelectual e social, quando uma nova perspectiva científica estava começando a substituir a especulação mística. Os filósofos discutiam questões sobre a natureza dos seres humanos - questões que se tornariam fundamentais para o estudo do desenvolvimento humano. São inatas ou adquiridas as qualidades, o comportamento e as idéias que definem o que significa ser humano? Qual a importância do contato social durante os anos de formação? E sua ausência pode ser superada? O estudo de uma criança que havia crescido isoladamente poderia ajudar a explicar o impacto relativo da "natureza" (as características inatas de uma criança) e da "experiência" (criação, educação e outras influências da sociedade).

Após observação inicial, o menino, que veio a se chamar Victor, foi enviado a uma escola para surdos-mudos em Paris, onde ficou sob os cuidados de Jean-Marc-Gaspard Itard, um ambicioso jovem de 26 anos praticante da ciência emergente da "medicina mental" ou psiquiatria. Itard acreditava que o desenvolvimento de Victor tinha sido limitado pelo isolamento e que ele precisava apenas aprender a fazer o que as crianças da sociedade civilizada normalmente aprendem.

Itard levou Victor para sua casa e, durante os cinco anos seguintes, gradualmente o "domesticou". Itard primeiramente despertou a capacidade do menino de discriminar a experiência sensorial através de banhos quentes e fricção seca, passando depois para um esmerado treinamento gradativo das respostas emocionais e instrução em comportamento moral e social, linguagem e pensamento. Os métodos utilizados por Itard - baseados nos princípios de imitação, condicionamento e modificação comportamental, todos os quais discutiremos no Capítulo 2 - estavam muito à frente de seu tempo, tendo sido ele o inventor de muitos dispositivos de ensino utilizados na atualidade.

No entanto, a educação de Victor (que foi dramatizada no filme de François Truffaut *O Garoto Selvagem*) não foi um sucesso absoluto. O menino, sem dúvida, fez muitos progressos: aprendeu os nomes de muitos objetos e sabia ler e escrever frases simples; era capaz de expressar desejos, obedecer a comandos e trocar idéias. Ele demonstrava afeição, especialmente pela empregada de Itard, a Senhora Guérin, bem como emoções como orgulho, vergonha, remorso e desejo de agradar. Entretanto, além da

* As fontes de informação sobre o menino selvagem de Aveyron foram Frith (1989) e Lane (1976).

S U M Á R I O

***Foco:* Victor, o Menino Selvagem de Aveyron**

Como o Estudo do Desenvolvimento Humano Evoluiu

Desenvolvimento Humano Hoje: Uma Introdução ao Campo

A Ciência e seus Objetivos
Processos de Desenvolvimento:
Mudança e Estabilidade
Aspectos do Desenvolvimento
Períodos do Ciclo Vital

Influências no Desenvolvimento

Hereditariedade, Ambiente e
Maturação
Principais Influências Contextuais
Influências Normativas e Não-normativas
Cronologia das Influências:
Períodos Críticos ou Sensíveis

emissão de alguns sons de vogais e consoantes. Victor nunca aprendeu a falar. Além disso, ele permaneceu totalmente concentrado em seus próprios desejos e em suas próprias necessidades e nunca pareceu perder seu desejo "pela liberdade do campo aberto e sua indiferença à maioria dos prazeres da vida social" (Lane, 1976, p. 160). Quando o estudo terminou, Victor - agora incapaz de cuidar de si mesmo, como fazia quando vivia ao ar livre - foi viver com a Senhora Guérin, até morrer em 1828, com pouco mais de 40 anos.

Por que Victor não correspondeu às expectativas que Itard tinha para ele? Sugeriu-se que o menino fora vítima de um dano cerebral, de autismo (transtorno que envolve ausência de responsividade social) ou ainda de graves maltratos nos primeiros anos de vida. Os métodos de instrução de Itard, ainda que avançados, podem ter sido inadequados. O próprio Itard veio a acreditar que os efeitos de longo isolamento não poderiam ser totalmente superados e que Victor talvez fosse velho demais, especialmente para o aprendizado da língua.

Embora a história de Victor não forneça respostas definitivas para as perguntas que Itard se propôs a explorar, ela é importante porque foi uma das primeiras tentativas sistemáticas de estudar o desenvolvimento humano. Desde a época de Victor, aprendemos muito sobre como as pessoas se desenvolvem, mas os cientistas do desenvolvimento ainda estão investigando questões fundamentais, como a importância relativa da natureza e da experiência. A história de Victor dramatiza os desafios e as complexidades do estudo científico do desenvolvimento humano - estudo que você está prestes a iniciar.

Neste capítulo, descreveremos como o próprio campo do desenvolvimento humano evoluiu à medida que os cientistas aprendiam mais sobre bebês, crianças, adolescentes e adultos. Apresentaremos os objetivos e os conceitos básicos desse campo na atualidade. Identificaremos aspectos do desenvolvimento e mostraremos como eles se inter-relacionam. Resumiremos os principais desenvolvimentos durante cada período da vida. Observaremos as influências sobre o desenvolvimento e os contextos em que ele ocorre, incluindo as influências da família, do bairro, da condição socioeconômica, da etnicidade e cultura e da época em que uma pessoa vive.

Depois de ter lido e estudado este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. O que é desenvolvimento humano e quais foram os principais passos na evolução de seu estudo?
2. O que é a abordagem de desenvolvimento no ciclo vital e quais são seus princípios fundamentais?
3. Quais são os quatro objetivos do estudo científico do desenvolvimento humano?
4. O que os cientistas do desenvolvimento estudam?
5. Quais são os principais aspectos e períodos do desenvolvimento humano?
6. Que tipos de influências tornam uma pessoa diferente de outra?

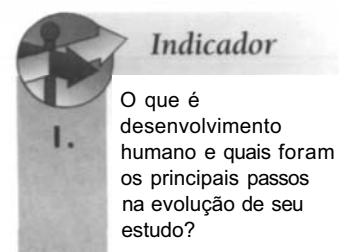
Como o Estudo do Desenvolvimento Humano Evoluiu

O campo do **desenvolvimento humano** constitui-se do estudo científico de como as pessoas mudam, bem como das características que permanecem razoavelmente estáveis durante toda a vida. O desenvolvimento humano tem ocorrido, evidentemente, desde que os seres humanos existem, mas seu estudo científico formal é relativamente novo. Desde o início do século XIX, quando Itard estudou Victor, os esforços para compreender o desenvolvimento das crianças gradualmente se expandiram para estudos de todo o ciclo vital.

Ao final do século XIX, diversas tendências importantes estavam preparando o caminho para o estudo científico do desenvolvimento infantil. Os cientistas haviam desvendado o mistério da concepção e (como no caso de Victor) debatiam sobre "natureza *versus* experiência", ou seja, sobre a importância relativa das características inatas e das influências externas. A descoberta dos germes e da imunização fez com que muito mais crianças pudessem sobreviver. Em função da abundância de mão-de-obra barata, havia menos necessidade de que as crianças trabalhassem. As leis que as protegiam de longos dias de trabalho permitiam-lhes passar mais tempo estudando, e pais e professores se preocupavam mais em identificar e atender às necessidades de desenvolvimento das crianças. A nova ciência da psicologia ensinava que as pessoas podiam entender a si mesmas aprendendo o que as havia influenciado durante a infância.

A idéia de que o desenvolvimento continua depois da infância é relativamente nova. A adolescência não era considerada um período separado de desenvolvimento até o início do século XX, quando G. Stanley Hall (1904-1916), pioneiro no estudo de crianças, publicou *Adolescence* (Adolescência), um livro popular, mas não-científico. Hall também foi um dos primeiros psicólogos a se interessar pelo envelhecimento. Em 1922, aos 78 anos de idade, ele publicou *Senescence: The Last Half of Life* (Senescência: A Última Metade da Vida). Seis anos depois, a Universidade de Stanford inaugurou a primeira unidade de pesquisa científica importante dedicada ao envelhecimento. Mas o estudo do envelhecimento teve que esperar mais uma geração para florescer. Desde o final da década de 1930, diversos estudos importantes de longa duração, discutidos na segunda metade deste volume, como os de K. Warner Schaie, George Vaillant, Daniel Levinson e Ravenna Helson, concentraram-se na inteligência e no desenvolvimento da personalidade na idade adulta e na velhice.

Os estudos do ciclo vital nos Estados Unidos surgiram a partir de programas destinados a acompanhar crianças até a idade adulta. Os Estudos de Crianças Superdotadas da Universidade de Stanford (iniciados em 1921 sob a direção de Lewis M. Terman) acompanham o desenvolvimento de pessoas (hoje na velhice) que foram identificadas como especialmente inteligentes na infância. Outros estudos importantes que foram iniciados em torno de 1930 - o Estudo do Instituto de Pesquisa Fels, os Estudos de Crescimento e Orientação de Berkeley e o Estudo de Crescimento (Adolescente) de Oakland - forneceram muitas informações sobre o desenvolvimento a longo prazo.



desenvolvimento humano
Estudo científico da mudança e da continuidade durante todo o ciclo humano de vida.



Indicador

2.

O que é a abordagem de desenvolvimento no ciclo vital e quais são seus princípios fundamentais?

desenvolvimento no ciclo vital

Conceito de desenvolvimento como um processo vitalício, que pode ser estudado cientificamente.

À medida que estes estudos se estendiam à vida adulta, os cientistas do desenvolvimento começaram a se concentrar em como determinadas experiências, vinculadas a tempo e lugar, influenciam o rumo das vidas das pessoas. A amostra de Terman, por exemplo, chegou à idade adulta em 1930, durante a Grande Depressão; a amostra de Oakland, durante a Segunda Guerra Mundial; e a amostra de Berkeley, em torno de 1950, no *boom* do pós-guerra. O que significava ser uma criança em cada um desses períodos? Ser um adolescente? Tornar-se um adulto? As respostas diferem em aspectos importantes (Modell, 1989; ver Quadro 1-1).

Hoje, a maioria dos cientistas do desenvolvimento reconhecem que o desenvolvimento ocorre durante toda a vida. Esse conceito de um processo vitalício de desenvolvimento que pode ser estudado cientificamente é conhecido como **desenvolvimento no ciclo vital**.

Paul B. Baltes (1987; Baltes, Lindenberger e Staudinger, 1998), líder no estudo da psicologia desse desenvolvimento, identifica os princípios fundamentais de uma abordagem do desenvolvimento no ciclo vital, os quais servem de estrutura para o seu estudo. São eles:

- *O desenvolvimento é vitalício.* Cada período do tempo de vida é influenciado pelo que aconteceu antes e irá afetar o que está por vir. Cada pe-



Aperfeiçoando o Conhecimento

Quadro 1-1

Estudando a Trajetória de Vida: Crescendo em Tempos Difíceis

Há relativamente pouco tempo, na década de 1960, "as vidas humanas não eram um objeto de estudo muito comum, principalmente em seu contexto social e histórico" (Elder, 1998, p. 939), e os pesquisadores não relacionavam o desenvolvimento infantil com o que acontece depois da infância. Os estudos do ciclo vital mudaram tudo isso.

Apresente consciência da necessidade de observar a trajetória de vida em seu contexto social e histórico deve-se, em parte, a Glen H. Elder, Jr. Em 1962, Elder chegou ao *campus* da Universidade da Califórnia, em Berkeley, para trabalhar no Estudo de Crescimento de Oakland, uma abordagem longitudinal do desenvolvimento social e emocional de 167 jovens urbanos nascidos em torno de 1920, sendo aproximadamente a metade deles de classe média. O estudo tinha começado no início da Grande Depressão dos anos de 1930, quando os jovens, que haviam passado suas infâncias no *boom* dos formidáveis anos de 1929, estavam entrando na adolescência. Comparando os dados sobre os dois grupos de participantes - os de famílias fortemente atingidas e aqueles cujas famílias sofreram relativamente poucas privações após o colapso da economia - Elder observou como as mudanças na sociedade podem alterar os processos familiares e, através deles, o desenvolvimento das crianças (Elder, 1974).

Ao muda a vida dos pais, a pressão econômica mudou também a vida dos filhos. As famílias afetadas (aquelas que perderam mais do que 35% de sua renda) redistribuíram as funções econômicas. As mães foram em busca de empregos fora de casa. As moças assumiram diversas tarefas de casa, e muitos rapazes foram procurar empregos de turno parcial. As mães assumiram maior autoridade parental. Os pais, preocupados com a perda do emprego e ansiosos com a perda de *status* dentro da família, às vezes bebiam muito. As discussões entre os pais aumentaram de frequência. Os filhos adolescentes, por sua vez, tendiam a



Os estudos de Glen Elder sobre crianças que cresceram durante a grande Depressão mostraram como um evento sócio-histórico importante pode afetar o desenvolvimento presente e futuro das crianças

mostrar dificuldades de desenvolvimento. Isso não ocorria tanto nos jovens cujos pais eram capazes de controlar suas emoções e suportar a tormenta econômica com menos discórdia familiar.

Para os rapazes, em especial, os efeitos da privação a longo prazo não foram inteiramente negativos. Os rapazes que encontraram empregos para ajudar a família tornaram-se mais independentes e eram mais capazes de fugir da atmosfera familiar estressante do que as moças, que concentravam seus esforços no lar. Na adolescência, os rapazes de Oakland que sofreram privações apresentaram problemas de auto-imagem (auto-consciência, vulnerabilidade emocional e desejo de "se ajus-

ríodo tem suas próprias características e um valor sem igual; nenhum é mais ou menos importante do que qualquer outro.

- *O desenvolvimento depende de história e contexto.* Cada pessoa desenvolve-se dentro de um conjunto específico de circunstâncias ou condições definidas por tempo e lugar. Os seres humanos influenciam seu contexto histórico e social e são influenciados por eles. Eles não apenas respondem a seus ambientes físicos e sociais, mas também interagem com eles e os mudam.
- *O desenvolvimento é multidimensional e multidirecional.* O desenvolvimento durante toda a vida envolve um equilíbrio entre crescimento e declínio. Quando as pessoas ganham em um aspecto, podem perder em outro, e em taxas variáveis. As crianças crescem sobretudo em uma direção - para cima - tanto em tamanho como em habilidades. Na idade adulta, o equilíbrio muda gradualmente. Algumas capacidades, como vocabulário, continuam aumentando; outras, como a capacidade de resolver problemas desconhecidos, podem diminuir; alguns novos atributos, como perícia, podem aparecer. As pessoas procuram maximizar ganhos e minimizar perdas aprendendo a administrá-las ou compensá-las.

W

VERIFICADOR

✓ *Você é capaz de ...*

Assinalar os principais pontos na evolução do estudo do desenvolvimento humano?

✓ Resumir os cinco princípios centrais da abordagem do desenvolvimento no ciclo vital de Baltes?



Aperfeiçoando o Conhecimento

- Continuação

tar") um pouco piores do que os jovens que não sofreram privações, mas superaram seus problemas sem efeitos em longo prazo. Tendo sido prematuramente pressionados a assumir funções adultas, estes jovens assumiram papéis adultos reais, seja matrimoniais, seja profissionais, em idade mais precoce. Quando adultos, esses indivíduos eram fortemente orientados ao trabalho, mas também valorizavam as atividades familiares e cultivavam a segurança em seus filhos.

Elder notou que os efeitos de uma importante crise econômica dependem da fase de desenvolvimento de uma criança. As crianças da amostra de Oakland já eram adolescentes nos anos de 1930 e podiam utilizar seus próprios recursos emocionais, cognitivos e econômicos. Uma criança nascida em 1929 dependeria totalmente da família. Por outro lado, os pais das crianças de Oakland, sendo mais velhos, podem ter sido menos resilientes para lidar com a perda de emprego, e sua vulnerabilidade emocional pode ter influenciado a atmosfera familiar e o tratamento dispensado aos filhos.

Cinqüenta anos após a Grande Depressão, na década de 1980, uma queda repentina no valor das terras agrícolas da região do Meio Oeste dos Estados Unidos obrigou muitas famílias a se endividar ou abandonar o campo para um futuro incerto. Essa crise agrária ofereceu a Elder a oportunidade de replicar sua pesquisa anterior, dessa vez em um ambiente rural. Em 1989, ele e seus colaboradores (Conger e Elder, 1994; Conger et al., 1993) entrevistaram 451 famílias rurais e de pequenas cidades na região norte de Iowa central. Os pesquisadores também registraram em videotape as interações da família.

Cada família incluía os pais, um filho ou filha cursando a sétima série e um irmão ou irmã quatro anos mais velho ou mais jovem. Assim, os pesquisadores podiam avaliar o impacto da drástica perda de salário sobre os membros da família em diferentes fases da vida. O modelo do estudo também forneceu aos pesquisadores uma idéia da complexa dinâmica dos relaciona-

mentos familiares e de como eles ligam "as grandes mudanças socioeconômicas às experiências e ao bem-estar de membros familiares individuais" (Conger e Elder, 1994, p. 7).

Como no estudo sobre a época da depressão, muitos dos pais da zona rural desenvolveram problemas emocionais sob a pressão das privações econômicas. Os pais e mães deprimidos tinham maior tendência a brigar entre si e a maltratar ou afastar-se dos filhos. Os filhos, por sua vez, tendiam a perder a autoconfiança, ser impopulares e ter mau desempenho na escola. Uma diferença entre as descobertas dos dois estudos reflete mudanças na sociedade entre a década de 1930 e de 1980. Nos anos de 1980, esse padrão de comportamento parental servia tanto a mães quanto a pais, ao passo que nos anos de 1930 ele se aplicava menos às mães, cujo papel econômico antes do colapso era menor. As descobertas do estudo de Iowa também demonstram a bidirecionalidade da influência. Os pré-adolescentes rurais não eram apenas objetos passivos das atitudes e do comportamento de seus pais. Quando os rapazes do campo, em especial, trabalhavam muito para contribuir para a sobrevivência econômica da família, seus pais tinham uma opinião mais favorável sobre eles (Conger e Elder, 1994; Conger et al., 1993; Elder, 1998).

O trabalho de Elder, assim como outros estudos sobre a trajetória de vida, oferece aos pesquisadores uma perspectiva sobre os processos de desenvolvimento que as abordagens anteriores não poderiam ter revelado. O estudo da crise agrária continua, e novas entrevistas com as famílias são realizadas todos os anos. É possível que, no futuro, esse estudo revele os efeitos a longo prazo da privação econômica no início da vida de pessoas que a sofreram em diferentes idades e em diferentes situações familiares,

(Fonte: Salvo onde indicado de outra forma, esta discussão se baseia em Elder, 1998.)

plasticidade

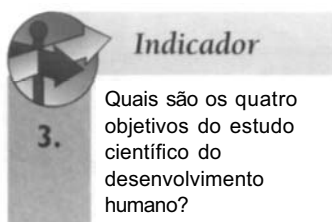
Capacidade de modificação do desempenho.

- *O desenvolvimento é flexível ou plástico.* **Plasticidade** significa capacidade de modificação do desempenho. Muitas capacidades, como memória, força e persistência, podem ser significativamente aperfeiçoadas com treinamento e prática, mesmo em idade avançada. Entretanto, como aprendeu Itard, nem mesmo as crianças são infinitamente flexíveis; o potencial para mudança tem limites.

O desenvolvimento humano é muito complexo, e por isso seu estudo exige uma parceria entre estudiosos de muitas disciplinas, incluindo psicologia, psiquiatria, sociologia, antropologia, biologia, genética (o estudo das características herdadas), ciência da família (o estudo interdisciplinar das relações familiares), educação, história, filosofia e medicina. Este livro utiliza a pesquisa em todos esses campos.

Desenvolvimento Humano Hoje: Uma Introdução ao Campo

Desde o momento da concepção, as pessoas passam por processos de desenvolvimento. O campo do desenvolvimento humano é o estudo científico de tais processos.

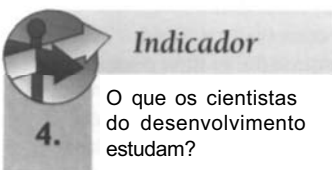


A Ciência e seus Objetivos

A medida que o campo do desenvolvimento humano tornou-se uma disciplina científica, seus objetivos evoluíram para incluir a *descrição*, *explicação*, *predição* e *modificação* do comportamento. *Descrição* é uma tentativa de retratar o comportamento com precisão. *Explicação* é a revelação das possíveis causas do comportamento. *Predição* é prever o desenvolvimento futuro com base no desenvolvimento pregresso ou presente. *Modificação* é a intervenção para promover o desenvolvimento ideal.

Tendo-se o desenvolvimento da linguagem como ponto de partida, podemos ver como esses quatro objetivos operam juntos. Por exemplo, para *descrever* o momento em que a maioria das crianças normais dizem sua primeira palavra ou o tamanho normalmente que seu vocabulário tem em uma certa idade, os cientistas do desenvolvimento observam grandes grupos de crianças e estabelecem normas ou médias para o comportamento nas diversas idades. Depois eles tentam *explicar* o que causa ou influencia o comportamento observado - por exemplo, como as crianças adquirem e aprendem a utilizar a linguagem e por que uma criança como Victor, que pode ter carecido de contato inicial com o idioma, não aprendeu a falar. Esse conhecimento pode tornar possível *prever* o que a capacidade de linguagem em uma determinada idade pode informar-nos sobre o comportamento posterior - por exemplo, sobre a probabilidade de que uma criança como Victor ainda possa aprender a falar. Finalmente, o conhecimento de como a linguagem desenvolve-se pode ser utilizado para *modificar* o comportamento, como Itard tentou fazer com Victor.

A compreensão do desenvolvimento adulto também tem implicações práticas. Ela pode ajudar as pessoas a lidar com as transições da vida: uma mulher que retorna ao trabalho depois da licença-maternidade, uma pessoa fazendo uma mudança profissional ou prestes a se aposentar, uma viúva ou um viúvo lidando com a perda, alguém enfrentando uma doença incurável.

**mudança quantitativa**

Mudança de número ou de quantidade, como de altura, peso ou tamanho do vocabulário.

mudança qualitativa

Mudança no tipo, na estrutura ou na organização, como a mudança da comunicação não-verbal para verbal.

Processos de Desenvolvimento: Mudança e Estabilidade

Os cientistas do desenvolvimento estudam dois tipos de mudança no desenvolvimento: *quantitativa* e *qualitativa*. A **mudança quantitativa** é uma mudança de número ou quantidade, como as do crescimento em altura, peso, vocabulário ou frequência de comunicação. A **mudança qualitativa** é uma mudança no tipo, na estrutura ou na organização. Ela é marcada pelo surgimento de novos fenômenos que não podem ser facilmente antecipados com base no funcionamento anterior, como a mudança de uma criança não-verbal para outra que compreende as palavras e sabe comunicar-se verbalmente.

Apesar dessas mudanças, a maioria das pessoas apresentam *estabilidade*, ou constância, básica de personalidade e comportamento. Por exemplo, aproximadamente de 10 a 15% das crianças são invariavelmente tímidas, e outros 10 a 15% são muito ousadas. Embora diversas influências possam modificar um pouco esses traços, eles parecem persistir em um grau moderado, especialmente em crianças de um extremo ou do outro (ver Capítulo 3). As amplas dimensões da personalidade, como escrupulosidade e abertura a novas experiências, parecem estabilizar-se antes ou durante o início da idade adulta (ver Capítulo 14).

Que características têm maior tendência a persistir? Quais tendem a mudar? Por quê? Estas são algumas das perguntas básicas que o estudo do desenvolvimento humano procura responder.

Aspectos do Desenvolvimento

O estudo do desenvolvimento humano é complicado pelo fato de que a mudança e a estabilidade ocorrem em diversos aspectos da pessoa. Para simplificar a discussão, os cientistas do desenvolvimento falam de modo distinto sobre *desenvolvimento físico*, *desenvolvimento cognitivo* e *desenvolvimento psicossocial*. Na verdade, contudo, esses aspectos ou domínios do desenvolvimento estão interligados. Durante toda a vida, cada um deles influencia os outros.

O crescimento do corpo e do cérebro, das capacidades sensoriais, das habilidades motoras e da saúde são parte do *desenvolvimento físico* e podem influenciar outros aspectos do desenvolvimento. Por exemplo, uma criança com freqüentes infecções de ouvido pode desenvolver a linguagem mais lentamente do que uma criança sem esse problema. Durante a puberdade, as mudanças fisiológicas e hormonais dramáticas afetam o desenvolvimento do senso de identidade. Em alguns adultos mais velhos, mudanças físicas no cérebro podem levar à deterioração do intelecto e da personalidade.

A mudança e a estabilidade nas capacidades mentais, como aprendizagem memória, linguagem, pensamento, julgamento moral e criatividade constituem o *desenvolvimento cognitivo*. Elas estão intimamente relacionadas ao crescimento físico e emocional. A capacidade de falar depende do desenvolvimento físico da boca e do cérebro. Uma criança que tem dificuldade para se expressar com palavras pode provocar reações negativas nos outros, o que influencia sua popularidade e seu senso de valor próprio.

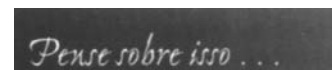
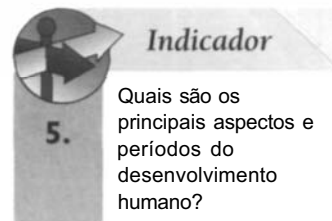
A mudança e a estabilidade na personalidade e nos relacionamentos sociais constituem juntos o *desenvolvimento psicossocial*, o qual pode influenciar o funcionamento cognitivo e físico. Por exemplo, a ansiedade pode prejudicar o desempenho em uma prova. O apoio social pode ajudar as pessoas a lidar com os efeitos potencialmente negativos do estresse sobre a saúde física e mental. Inversamente, as capacidades físicas e cognitivas podem influenciar o desenvolvimento psicossocial. Elas contribuem muito para a auto-estima e podem afetar a aceitação social e a escolha profissional.

Embora examinemos separadamente o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, uma pessoa é mais do que um conjunto de partes isoladas. O desenvolvimento é um processo unificado. Neste livro, no início de cada parte e em todo o texto, destacaremos conexões entre os três grandes domínios do desenvolvimento.

Períodos do Ciclo Vital

O conceito de períodos do ciclo de vida é uma **construção social**: um ideal acerca da natureza da realidade aceito pelos integrantes de uma determinada sociedade em uma determinada época com base em percepções ou suposições subjetivas compartilhadas. Não existe um momento objetivamente definível em que uma criança torna-se um adulto ou em que uma pessoa jovem torna-se velha. As sociedades do mundo inteiro reconhecem diferenças no modo como pessoas de diferentes idades pensam, sentem e agem, mas elas dividem o ciclo de vida de modos diferentes. Nas sociedades industriais, como já mencionamos, o conceito de adolescência como um período de desenvolvimento é muito recente. A meia-idade também não era vista como uma fase separada de vida em outros tempos, quando a vida era mais curta. Tampouco é considerada uma fase separada da vida em algumas sociedades pré-industriais, em que os papéis sociais não mudam apreciavelmente entre a idade adulta e a velhice.

Os indígenas Chippewa só tem dois períodos de infância: do nascimento até a criança caminhar e do caminhar à puberdade. A adolescência é parte da vida adulta, que dura até a vinda do primeiro neto; um período posterior da idade adulta começa com o nascimento do primeiro bisneto. Os Swazi africanos definem oito períodos da vida e marcam cada um com uma cerimônia. A condição de bebê começa aos 3 meses, quando se considera que o bebê provavelmente irá sobreviver. Depois vem a segunda etapa (que começa quando o bebê aprende a caminhar), a infância (que começa aos 6 anos), a puberdade e o casamento. Para uma mulher, as etapas seguintes chegam quando nasce seu primeiro filho e quando ela vai morar com um filho casado. Na etapa final, uma pessoa é respeitada "quase como um antepassado", conduz rituais comunitários e supervisiona a educação das crianças (Broude, 1995, p. 113).



- Você acha certo que um cientista como Itard tente modificar o desenvolvimento de uma criança como Victor? Você vê algum perigo, e em caso afirmativo, qual, em um projeto desse tipo? E quais são os benefícios a serem obtidos? Que garantias poderiam ter sido estabelecidas para proteger o bem-estar de Victor?
- Que motivos você tem para querer aprender sobre o desenvolvimento humano? Algum dos quatro objetivos deste estudo lhe parece mais importante do que os outros?
- Descreva de que modo um aspecto de seu desenvolvimento influenciou os outros.

construção social

Conceito sobre a natureza da realidade, baseado nas percepções ou nas suposições subjetivas compartilhadas pela sociedade.

Pense sobre isso...

- Em sua opinião, por que as diferentes sociedades dividem os períodos do ciclo de vida de formas distintas?

Neste livro, seguimos uma seqüência de oito períodos geralmente aceita nas sociedades ocidentais industriais. Depois de descrever as mudanças cruciais que ocorrem no primeiro período, antes do nascimento, investigamos todos os três aspectos do desenvolvimento na primeira infância, segunda infância, terceira infância, adolescência, idade adulta inicial, meia-idade e terceira idade (ver Tabela 1-1). Por motivos de espaço, reunimos o desenvolvimento físico e cognitivo em cada período depois da primeira infância (quando as mudanças são mais notáveis) em um único capítulo.

As divisões etárias apresentadas na Tabela 1-1 são aproximadas e um tanto arbitrárias, principalmente em relação à idade adulta, quando não existem pontos de referência sociais ou físicos distintos, como o início dos estudos e a entrada na puberdade, para sinalizar uma mudança de um período para outro. Além disso, existem diferenças individuais no modo como as pessoas lidam com os eventos e as questões característi-

Tabela 1-1 Principais Desenvolvimentos Típicos em Oito Períodos do Ciclo Vital

Faixa Etária	Desenvolvimentos Físicos	Desenvolvimentos Cognitivos	Desenvolvimentos Psicossociais
<i>Período Pré-natal</i> (concepção ao nascimento)	Ocorre a concepção. A dotação genética interage com as influências ambientais desde o início. Formam-se as estruturas e os órgãos corporais básicos. Inicia-se o crescimento cerebral. O crescimento físico é o mais rápido de todo o ciclo vital. O feto ouve e responde a estímulos sensoriais. A vulnerabilidade a influências ambientais é grande.	As capacidades de aprender e lembrar estão presentes durante a etapa fetal.	O feto responde à voz da mãe e desenvolve uma preferência por ela.
<i>Primeira Infância</i> (nascimento aos 3 anos)	Todos os sentidos funcionam no nascimento em graus variados. O cérebro aumenta de complexidade e é altamente sensível à influência ambiental. O crescimento e o desenvolvimento físico das habilidades motoras são rápidos.	As capacidades de aprender e lembrar estão presentes, mesmo nas primeiras semanas. O uso de símbolos e a capacidade de resolver problemas desenvolvem-se ao final do segundo ano de vida. A compreensão e o uso da linguagem desenvolvem-se rapidamente.	Desenvolve-se um apego a pais e a outras pessoas. Desenvolve-se a autoconsciência. Ocorre uma mudança da dependência para a autonomia. Aumenta o interesse por outras crianças.
<i>Segunda Infância</i> (3 aos 6 anos)	O crescimento é constante; o corpo fica mais delgado e as proporções mais semelhantes às de um adulto. O apetite diminui, e os problemas de sono são comuns. A preferência pelo uso de uma das mãos aparece; as habilidades motoras finas e gerais e a força aumentam.	O pensamento é um pouco egocêntrico, mas a compreensão do ponto de vista das outras pessoas aumenta. A imaturidade cognitiva leva a algumas idéias ilógicas sobre o mundo. A memória e a linguagem se aperfeiçoam. A inteligência torna-se mais previsível.	O autoconceito e a compreensão das emoções tornam-se mais complexos; a auto-estima é global. Aumentam a independência, a iniciativa, o autocontrole e os cuidados consigo mesmo. Desenvolve-se a identidade de gênero. O brincar torna-se mais imaginativo, mais complexo e mais social. Altruísmo, agressão e temores são comuns. A família ainda é o foco da vida social, mas as outras crianças tornam-se mais importantes. Frequentar a pré-escola é comum.
<i>Terceira Infância</i> (6 aos 11 anos)	O crescimento diminui. Força e habilidades atléticas aumentam. Doenças respiratórias são comuns, mas a saúde geralmente é melhor do que em qualquer outro período do ciclo vital.	O egocentrismo diminui. As crianças começam a pensar com lógica, mas de maneira concreta. As habilidades de memória e linguagem aumentam	O autoconceito torna-se mais complexo, influenciando a auto-estima.

(Continua)

cos de cada período. Uma criança pode não usar mais fraldas aos 18 meses e outra, só depois dos 3 anos. Apesar das diferenças, entretanto, os cientistas do desenvolvimento acreditam que certas necessidades básicas de desenvolvimento devem ser satisfeitas e certas tarefas de desenvolvimento devem ser dominadas durante cada período para que o desenvolvimento normal possa ocorrer.

Os bebês, por exemplo, dependem dos adultos para satisfação de suas necessidades básicas de alimentação, vestuário e abrigo, bem como de contato humano e afeição. Eles se apegam a pais e cuidadores, que também se apegam a eles. Com o desenvolvimento da fala e da autolocomoção, os bebês tornam-se mais independentes; precisam afirmar sua autonomia, mas precisam sobretudo dos pais para ajudá-los a controlar seus impulsos. Durante a segunda infância, as crianças desenvolvem mais autocontrole e maior interesse por outras crianças. Durante a terceira infância, o controle sobre o

(Continuação)

Faixa Etária	Desenvolvimentos Físicos	Desenvolvimentos Cognitivos	Desenvolvimentos Psicossociais
<i>Adolescência (II aos aproximadamente 20 anos)</i>	O crescimento físico e outras mudanças são rápidas e profundas. Ocorre maturidade reprodutiva. Questões comportamentais, como transtornos alimentares e abuso de drogas, trazem importantes riscos à saúde.	Os desenvolvimentos cognitivos permitem que as crianças beneficiem-se com a educação escolar. Algumas crianças apresentam necessidades e talentos educacionais especiais. Desenvolve-se a capacidade de pensar em termos abstratos e utilizar o raciocínio científico. O pensamento imaturo persiste em algumas atitudes e em alguns comportamentos. A educação se concentra na preparação para a faculdade ou para a vida profissional.	A co-regulação reflete a transferência gradual de controle dos pais para a criança Os amigos assumem importância central. Busca de identidade, incluindo a identidade sexual, torna-se central. Relacionamentos com os pais são, em geral, bons. Os grupos de amigos ajudam a desenvolver e testar o autoconceito, mas também podem exercer uma influência anti-social.
<i>Jovem Adulto (20 aos 40 anos)</i>	A condição física atinge o máximo, depois diminui ligeiramente. As escolhas de estilo de vida influenciam a saúde.	As capacidades cognitivas e os julgamentos morais assumem maior complexidade. Escolhas educacionais e profissionais são feitas.	Os traços e estilos de personalidade tornam-se relativamente estáveis, mas as mudanças na personalidade podem ser influenciadas pelas etapas e pelos eventos de vida. Tomam-se decisões sobre os relacionamentos íntimos e os estilos de vida pessoais. A maioria das pessoas casa-se e tem filhos.
<i>Meia-idade (40 aos 65)</i>	Pode ocorrer alguma deterioração das capacidades sensoriais, da saúde, do vigor e da destreza. Para as mulheres, chega a menopausa.	A maioria das capacidades mentais atinge o máximo; a perícia e as capacidades de resolução de problemas práticos são acentuadas. O rendimento criativo pode diminuir, mas melhorar em qualidade. Para alguns, o êxito na carreira e o sucesso financeiro alcançam o máximo; para outros, podem ocorrer esgotamento total ou mudança profissional.	O senso de identidade continua se desenvolvendo; pode ocorrer uma transição de meia-idade estressante. A dupla responsabilidade de cuidar dos filhos e dos pais idosos pode causar estresse. A saída dos filhos deixa o ninho vazio.
<i>Terceira Idade (65 anos em diante)</i>	A maioria das pessoas é saudável e ativa, embora a saúde e as capacidades físicas diminuam um pouco. O tempo de reação mais lento afeta alguns aspectos do funcionamento.	A maioria das pessoas é mentalmente alerta. Embora a inteligência e a memória possam se deteriorar em algumas áreas, a maioria das pessoas encontra formas de compensação.	A aposentadoria pode oferecer novos opções para a utilização do tempo. As pessoas precisam enfrentar as perdas pessoais e a morte iminente. Os relacionamentos com a família e com os amigos íntimos pode oferecer apoio importante. A busca de significado na vida assume importância central.

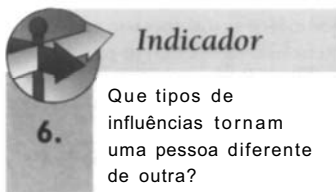
VERIFICADOR _____**Você é capaz de ...**

- ✓ Enumerar os quatro objetivos do estudo científico do desenvolvimento humano e explicar o valor de cada um?
- ✓ Distinguir entre desenvolvimento quantitativo e qualitativo e dar um exemplo de cada um?
- ✓ Identificar três aspectos ou domínios do desenvolvimento?
- ✓ Nomear os oito períodos do desenvolvimento humano (como definidos neste livro) e relacionar as diversas questões ou os eventos fundamentais de cada período?

comportamento gradualmente muda dos pais para a criança, e o grupo de amigos torna-se cada vez mais importante. Uma das principais tarefas da adolescência é a busca de identidade - pessoal, sexual e profissional. A medida que se tornam fisicamente maduros, os adolescentes, muitas vezes, lidam com necessidades e emoções conflitantes enquanto se preparam para se separar da segurança do ninho parental.

As tarefas de desenvolvimento do jovem adulto incluem o estabelecimento de estilos de vida, profissão e, geralmente, famílias independentes. Durante a meia-idade, a maioria das pessoas precisa lidar com algum declínio das capacidades físicas, e as mulheres com a perda da capacidade reprodutiva. Ao mesmo tempo, muitas pessoas de meia-idade encontram emoção e desafio nas mudanças de vida - iniciando novas ocupações e lançando os filhos adultos - enquanto algumas enfrentam a necessidade de cuidar de pais idosos. Na terceira idade, as pessoas lidam com as perdas em suas próprias faculdades, com as perdas de entes queridos e com as preparações para sua própria morte. Quando se aposentam, elas precisam lidar com a perda de relacionamentos baseados no trabalho, mas podem obter mais prazer das amizades, da família e do trabalho voluntário, com a oportunidade de explorar interesses anteriormente negligenciados. Muitas pessoas mais velhas tornam-se mais introspectivas, indo em busca do sentido de sua vida.

Influências no Desenvolvimento

**diferenças individuais**

Variações nas características ou nos resultados de desenvolvimento entre uma criança e outra.

Os estudantes do desenvolvimento interessam-se pelos processos de desenvolvimento que influenciam toda pessoa normal, mas eles também querem saber sobre as **diferenças individuais**, tanto nas influências sobre o desenvolvimento como em seu resultado. As pessoas diferem em sexo, altura, peso e estrutura corporal; em fatores constitucionais, como saúde e nível de energia; em inteligência; em características de personalidade e reações emocionais. Os contextos de suas vidas e estilos de vida também diferem: os lares, as comunidades e as sociedades em que vivem, os relacionamentos que têm, os tipos de escolas que frequentam (ou se estudam ou não), suas profissões e como desfrutam seu tempo de lazer.

Algumas diferenças básicas são óbvias, como se uma pessoa é do sexo masculino ou feminino. Outras diferenças, como variações de talento e temperamento, podem ser sutis. Essas e outras diferenças podem ajudar a explicar por que uma pessoa é diferente de outra. Como o desenvolvimento é complexo e os fatores que o afetam nem sempre podem ser medidos com precisão, os cientistas não podem dar uma resposta definitiva a essa pergunta. Entretanto, eles aprenderam muito sobre o que as pessoas precisam desenvolver normalmente, como elas reagem às muitas influências internas e externas, e como elas podem desempenhar melhor seu potencial.

hereditariedade

Influências inatas sobre o desenvolvimento, transmitidas pelos genes herdados dos pais biológicos.

ambiente

Totalidade de influências não-genéticas sobre o desenvolvimento, externas à pessoa.

maturação

Desdobramento de uma sequência geneticamente influenciada e, muitas vezes, relacionada à idade, de mudanças físicas e padrões de comportamentos, incluindo a prontidão para adquirir novas habilidades.

Hereditariedade, Ambiente e Maturação

Algumas influências sobre o desenvolvimento originam-se com a **hereditariedade**: a dotação genética inata dos pais biológicos de uma pessoa. Outras provêm do **ambiente** externo: o mundo fora da pessoa, que se inicia no útero. As diferenças individuais aumentam à medida que as pessoas envelhecem. Muitas mudanças típicas da primeira e segunda infâncias parecem vinculadas à **maturação** do corpo e do cérebro - o desdobramento de uma sequência natural geneticamente influenciada de mudanças físicas e padrões de comportamento, incluindo a prontidão para adquirir novas habilidades, como caminhar e falar. A medida que as crianças transformam-se em adolescentes e depois em adultos, as diferenças nas características inatas e na experiência de vida desempenham um papel mais importante.

Mesmo em processos pelos quais todos passam, o tipo e o tempo de ocorrência do desenvolvimento variam. Ao longo deste livro, falaremos sobre idades médias para a ocorrência de determinados comportamentos: a primeira palavra, o primeiro passo, a primeira menstruação ou "sonho molhado", o desenvolvimento do pensamento lógico. Mas essas idades são *apenas* médias. Somente quando o desvio da média é extremo devemos considerar o desenvolvimento excepcionalmente avançado ou retardado.

Portanto, ao tentar compreender as semelhanças e as diferenças no desenvolvimento, precisamos observar as características *herdadas* que dão a cada pessoa um começo especial na vida. Precisamos também considerar os muitos fatores *ambientais* que influenciam as pessoas, especialmente os contextos mais importantes da família, do bairro, da condição socioeconômica, da etnicidade e da cultura. Precisamos observar as influências que afetam muitas ou a maioria das pessoas em uma determinada idade ou em uma determinada época na história, além daquelas que afetam somente certos indivíduos. Finalmente, precisamos observar como o tempo de ocorrência pode afetar o impacto de algumas influências.

Principais Influências Contextuais

Conforme a abordagem do desenvolvimento no ciclo vital de Baltes nos informa, os seres humanos são seres sociais. Desde o início, desenvolvem-se dentro de um contexto social e histórico. Para um bebê, o contexto imediato normalmente é a família, mas a família, por sua vez, está sujeita às influências mais amplas e sempre em transformação do bairro, da comunidade e da sociedade. No Capítulo 2, discutiremos a teoria de desenvolvimento de Urie Bronfenbrenner, que focaliza as interconexões entre os muitos contextos que influenciam o desenvolvimento de uma pessoa. Por enquanto, vamos começar com algumas definições básicas.

Família

Família pode ter significado diferente em épocas e lugares diferentes. Suas características mudaram muito durante os últimos 150 anos.

No curso da história, a **família nuclear**, uma unidade doméstica, econômica e de parentesco entre duas gerações, composta por pais e seus filhos biológicos ou adotados, era a forma dominante nos Estados Unidos e em outras sociedades ocidentais industriais. Pais e crianças normalmente trabalhavam juntos na propriedade rural da família. As famílias grandes dispunham de muitas mãos para dividir o trabalho, e as atividades e a educação das crianças giravam em torno das prioridades da produção agrícola. Em meados do século XX, a maioria das famílias norte-americanas havia saído da zona rural. A maioria das crianças crescia nas cidades, tinha apenas um ou dois irmãos e passava grande parte do tempo na escola. Os adultos tinham melhor nível de instrução do que tinham nas gerações anteriores, e os homens ficavam no trabalho na maior parte do dia (Hernandez, 1997).

família nuclear

Unidade doméstica, econômica e de parentesco entre duas gerações, composta pelos pais e seus filhos biológicos ou adotivos.



Na família nuclear de hoje, diferentemente da família norte-americana típica de 150 anos atrás, pai e mãe tendem a trabalhar fora de casa. As famílias são menores do que eram antigamente, e as crianças passam mais tempo na escola.

família extensa

Rede de parentesco entre muitas gerações, composta por pais, filhos e parentes mais distantes, às vezes, vivendo juntos no mesmo lar.

condição socioeconômica (CS)

Mescla de fatores econômicos e sociais que descrevem um indivíduo ou uma família, incluindo renda, educação e profissão.

Durante os últimos 50 anos, as mudanças aceleraram-se. Atualmente pai e mãe tendem a trabalhar fora de casa. Uma criança tende a receber uma considerável quantidade de cuidado de parentes ou de outras pessoas. Se um casal é divorciado, seus filhos podem viver com um dos pais, ou podem ficar mudando-se entre duas casas. O domicílio familiar pode incluir padrasto ou madrasta e meio-irmãos ou meio-irmãs, ou ainda o parceiro ou a parceira atual do pai ou da mãe. Existe um número cada vez maior de adultos solteiros e sem filhos, pais solteiros e lares de homossexuais masculinos e femininos (Hernandez, 1997).

Em muitas sociedades, como as da Ásia e da América Latina, além de alguns grupos minoritários nos Estados Unidos, a **família extensa** - uma rede de parentesco de muitas gerações, incluindo avós, tias, tios, primos e parentes mais distantes - é o padrão básico de organização social, e muitas ou a maioria das pessoas vivem em um *domicílio de família extensa*. Entretanto, esse padrão está desaparecendo nos países em desenvolvimento, devido à industrialização e à migração para centros urbanos (Brown, 1990; Gorman, 1993).

Condição Socioeconômica e Bairro

A **condição socioeconômica (CS)** mescla diversos fatores relacionados, incluindo renda, nível de instrução e profissão. Ao longo deste livro, descrevemos muitos estudos que relacionam a CS aos processos de desenvolvimento (como diferenças na interação verbal das mães com seus filhos) e às consequências no desenvolvimento (como saúde e desempenho cognitivo; ver Tabela 1-2). Geralmente não é a CS propriamente dita que tem influência nessas consequências, e sim fatores associados à CS, como os tipos de lares e bairros em que as pessoas residem e a qualidade da assistência médica, da educação escolar e de outras oportunidades disponíveis a elas. As crianças pobres, por exemplo, têm maior propensão do que as outras a ter problemas emocionais e comportamentais, e seu potencial cognitivo e o desempenho na escola são ainda mais afetados (Brooks-Gunn, Britto e Brady, em fase de elaboração; Brooks-Gunn e Duncan, 1997; Duncan e Brooks-Gunn, 1997; McLoyd, 1998). Mas os danos da pobreza podem ser indiretos, através de seu impacto sobre o estado emocional dos pais e suas práticas educativas e sobre o ambiente doméstico que eles criam. (No Capítulo 10, examinaremos mais detidamente os efeitos indiretos da pobreza.)

A CS limita as escolhas das pessoas de onde viver. Há pouco tempo os pesquisadores começaram a estudar como a composição de um bairro influencia no modo como

Tabela 1-2 Más Consequências para Crianças Pobres	
Consequências	Maior Risco de Crianças Pobres em Relação a Crianças Não-Pobres
<i>Saúde</i>	
Óbito na infância	1,5 a 3 vezes mais provável
Crescimento tolhido	2,7 vezes mais provável
Deficiência de ferro na época da pré-escola	3 a 4 vezes mais provável
Surdez parcial ou completa	1,5 a 2 vezes mais provável
Cegueira parcial ou completa	1,2 a 1,8 vezes mais provável
Deficiências físicas ou mentais graves	Cerca de 2 vezes mais provável
Ferimentos acidentais fatais	2 a 3 vezes mais provável
Pneumonia	1,6 vezes mais provável
<i>Educação</i>	
QI médio aos 5 anos	9 pontos mais baixo
Notas de desempenho médias aos 3 anos ou mais	1 a 25% mais baixas
Deficiências de aprendizagem	1,3 vezes mais provável
Transferência para educação especial	2 a 3% mais provável
Série abaixo do usual para idade da criança	2% mais provável para cada ano de infância passado na pobreza
Evasão entre idades de 16 e 24	2 vezes mais provável do que jovens de renda média; 1 a 11 vezes mais provável do que jovens abastados

Fonte: Children's Defense Fund, 1998, p. xiv; from Sherman, 1997, p. 4.

as crianças desenvolvem-se. Até agora, os fatores mais contundentes parecem ser a *renda* e o *capital humano* médio do bairro - a presença de adultos instruídos e empregados que possam construir a base econômica da comunidade e oferecer modelos do que uma criança pode esperar alcançar (Brooks-Gunn et al., 1997; Leventhal e Brooks-Gunn, em fase de elaboração). As ameaças ao bem-estar das crianças se multiplicam quando diversos **fatores de risco** - condições que aumentam a probabilidade de um resultado negativo - coexistem, como ocorre com frequência. Viver em um bairro pobre com grande número de pessoas desempregadas vivendo de seguro desemprego torna menos provável a existência de apoio social efetivo (Black e Kirshnakumar, 1998). O percentual de crianças que vive em bairros assim aumentou de 3% em 1970 para 17% em 1990 (Annie E. Casey Foundation, 1997).

Cultura e Etnicidade

Cultura refere-se ao modo de vida total de uma sociedade ou de um grupo, incluindo costumes, tradições, crenças, valores, idioma e produtos materiais, desde ferramentas a obras de arte - todo o comportamento adquirido transmitido dos pais para as crianças. A cultura não é estática; ela está sempre mudando, muitas vezes, por meio do contato com outras culturas.

Algumas culturas apresentam variações ou *subculturas* associadas com certos grupos, geralmente grupos étnicos, dentro de uma sociedade. Um **grupo étnico** consiste de pessoas unidas por descendência, raça, religião, língua e/ou nacionalidade, o que contribui para um sentido de identidade comum e atitudes, crenças e valores compartilhados. A maioria dos grupos étnicos localiza suas raízes em um país de origem, onde eles ou seus antepassados tinham uma cultura comum que continua influenciando seu modo de vida.

Os Estados Unidos sempre foram uma nação de imigrantes e grupos étnicos. A "maioria" de descendência européia, na verdade, consiste de muitos grupos étnicos distintos - alemães, belgas, irlandeses, franceses, italianos, etc. Também existe diversidade dentro das comunidades hispânica (ou latina) e afro-americana, os maiores grupos minoritários. Americanos cubanos, porto-riquenhos e mexicanos - todos americanos hispânicos - têm histórias e culturas diferentes e condições socioeconômicas variáveis. De modo semelhante, afro-americanos do sul rural diferem dos de descendência caribenha. Os americanos asiáticos também provêm de uma variedade de países com culturas distintas, do moderno Japão industrial e da China comunista às remotas montanhas do Nepal, onde muitas pessoas ainda praticam seu antigo modo de vida. Se as atuais taxas de imigração persistirem, até o ano de 2030 as hoje chamadas minorias constituirão a metade da população, e até 2050 serão bem mais do que a metade (Hernandez, 1997). Além disso, o casamento entre membros de diferentes grupos étnicos está produzindo um número crescente de indivíduos de etnicidade mista (Phinney e Alipuria, 1998).

Em sociedades grandes, multiétnicas, como a dos Estados Unidos, os imigrantes ou grupos minoritários adaptam-se à cultura majoritária, ou *aculturam-se*, aprendendo o idioma e os costumes necessários para sobreviver na cultura dominante, ao mesmo tempo tentando preservar parte de suas práticas e de seus valores culturais próprios (aculturação não é o mesmo que *assimilação* cultural, em que a minoria simplesmente adota os costumes da maioria.) As pessoas freqüentemente vivem em bairros com outros membros de seu próprio grupo étnico, reforçando os padrões culturais comuns. Esses padrões culturais podem influenciar a composição da unidade domiciliar, seus recursos econômicos e sociais, a forma como seus integrantes agem entre si, o tipo de comida que comem, as brincadeiras das crianças, o modo como aprendem e seu desempenho na escola.

Os diferentes grupos étnicos possuem estratégias adaptativas distintas que promovem a sobrevivência e o bem-estar do grupo e governam a educação das crianças. As famílias afro-americanas, americanas indianas, americanas asiáticas do Pacífico e americanas hispânicas dão mais destaque aos valores grupais (como lealdade) do que aos valores individualistas (autonomia, competição e autoconfiança) enfatizados nas culturas ocidentais. As crianças nas famílias minoritárias são estimuladas a cooperar e depender umas das outras. Em função da necessidade econômica, os papéis sociais tendem a ser flexíveis: os adultos, muitas vezes, dividem o sustento da família, e as crianças têm a responsabilidade de cuidar de irmãos e irmãs mais jovens. A família extensa prove laços íntimos e sistemas de

fatores de risco

Condições que aumentam a probabilidade de uma consequência negativa no desenvolvimento.

cultura

Modo de vida geral de uma sociedade ou de um grupo, incluindo costumes, tradições, crenças, valores, idioma e produtos materiais - todo o comportamento adquirido transmitido dos pais para os filhos.

grupo étnico

Grupo unido por descendência, raça, religião, língua e/ou nacionalidade, que contribuem para um sentido de identidade comum.

Pense sobre isso...

- Em retrospectiva, quais foram as influências mais importantes em seu desenvolvimento? Que influências lhe afetam mais significativamente hoje?
- Em que aspecto você poderia ser diferente se tivesse crescido em uma cultura diferente da sua?
- Considerando-se os efeitos de longo prazo da pobreza sobre o desenvolvimento das crianças, o que pode e deve ser feito para combatê-la?

apoio fortes. As pessoas desses grupos étnicos têm maior probabilidade do que nas famílias brancas americanas de viver em domicílios de família extensa, onde têm contato diário com os parentes, e as crianças em idade escolar tendem mais a incluir a família extensa em seu círculo íntimo de apoio (Harrison et al, 1990; Levitt, Guacci-Franco e Levitt, 1993).

Quando falamos sobre as influências da etnicidade e da cultura, especialmente sobre os membros de grupos minoritários, é importante distinguir os efeitos dos traços biológicos compartilhados, da condição socioeconômica (que pode ser consequência de preconceito ou falta de oportunidades de educação e emprego) e das atitudes culturais que ajudam a moldar o desenvolvimento. O preconceito e a discriminação que limitam as oportunidades para muitos afro-americanos e outras minorias intensificam os laços de apoio mútuo dentro de suas famílias e comunidades. Quando afro-americanos ingressam na classe média, tendem a preservar seus padrões étnicos e culturais característicos, juntamente com seus laços comuns com outros afro-americanos de menor êxito financeiro. Assim, o comportamento e as atitudes de afro-americanos de classe média podem diferir substancialmente dos de americanos brancos de classe média. *Há quanto tempo* uma família pertence à classe média faz diferença. Os afro-americanos que cresceram na pobreza e trabalharam para chegar à condição de classe média tendem a se sentir e a agir de modo diferente dos afro-americanos cujas famílias são de classe média há quatro gerações. Isso também se aplica a americanos mexicanos e americanos porto-riquenhos (Banks, 1998).

Influências Normativas e Não-normativas

Como a abordagem do desenvolvimento no ciclo vital de Baltes assinala, o desenvolvimento tem muitas raízes. Para compreender semelhanças e diferenças no desenvolvimento, precisamos examinar as influências que atuam sobre muitas ou sobre a maioria das pessoas e aquelas que só atingem certos indivíduos. Também precisamos considerar as influências de tempo e lugar (Baltes, Reese e Lipsitt, 1980).

Um evento **normativo** é experimentado de modo semelhante pela maioria das pessoas em um grupo. *Influências normativas etárias* são muito semelhantes para pessoas de uma determinada faixa etária. Elas incluem eventos biológicos (como puberdade e menopausa) e eventos sociais (como ingresso na educação formal, casamento, paternidade-maternidade e aposentadoria.) O tempo de ocorrência dos eventos biológicos é fixo, dentro de uma faixa normal. (As pessoas não experimentam a puberdade aos 35 anos ou a menopausa aos 12.) O tempo de ocorrência dos eventos sociais é mais flexível e varia em diferentes tempos e lugares, embora dentro de limites de maturação. Uma mulher normalmente pode engravidar e ter um filho em qualquer tempo entre a puberdade e a menopausa. Nas sociedades industriais do ocidente, as crianças geralmente iniciam a educação formal em torno dos 5 ou 6 anos, mas em alguns países em desenvolvimento, a educação escolar, quando ocorre, começa muito mais tarde.

As *influências normativas históricas* são comuns a uma determinada **coorte**: grupo de pessoas que partilham de uma experiência semelhante, como crescer na mesma época e no mesmo lugar. Exemplos de influências desse tipo são a Grande Depressão da década de 1930 (ver Quadro 1-1), a escassez de alimentos na África durante os anos de 1980 e de 1990 e os violentos conflitos no leste europeu na década de 1990. Também nessa categoria encontram-se desenvolvimentos culturais e tecnológicos, como os da mudança de papéis das mulheres e o impacto da televisão e dos computadores.

As *influências não-normativas* são eventos incomuns que têm grande impacto sobre vidas individuais. Eles podem ser eventos típicos que ocorrem em um momento atípico da vida (como casamento nos primeiros anos da adolescência ou a morte de um dos pais quando o filho ainda é pequeno) ou eventos atípicos (como ter um problema congênito ou sofrer um acidente de automóvel). Eles também podem, é claro, ser eventos positivos (como obter uma bolsa de estudos ou uma promoção inesperada). As pessoas, muitas vezes, ajudam a criar seus próprios eventos de vida não-normativos - por exemplo, candidatando-se para um novo emprego ou adotando um *hobby* perigoso, como pára-quedismo - e, desse modo, participam ativamente de seu próprio desenvolvimento. (Eventos normativos e não-normativos são posteriormente discutidos no Capítulo 14.)

Cronologia das Influências: Períodos Críticos ou Sensíveis

Um **período crítico** é um tempo específico em que um determinado evento ou sua ausência tem maior impacto sobre o desenvolvimento. Por exemplo, se uma mulher é



O uso generalizado de computadores é uma influência normativa histórica sobre o desenvolvimento das crianças, a qual não existia nas gerações anteriores.

exposta a raios X, toma certas drogas ou contrai certas doenças em determinadas épocas da gravidez, o feto pode apresentar efeitos negativos específicos. A quantidade e o tipo de dano variam, dependendo da natureza do "choque" e de seu momento de ocorrência.

Uma criança privada de certos tipos de experiência durante um período crítico tende a apresentar tolhimento permanente do desenvolvimento físico. A desnutrição durante o período crítico de desenvolvimento cerebral logo após o nascimento pode resultar em dano cerebral. Além disso, se um problema físico que interfere na capacidade de focar os olhos não é corrigido cedo na vida, os mecanismos cerebrais necessários para a percepção de profundidade não se desenvolverão (Bushnell e Boudreau, 1993).

O conceito de períodos críticos é mais controverso quando aplicado ao desenvolvimento cognitivo e psicossocial. Para esses aspectos do desenvolvimento parece haver maior plasticidade. Embora o organismo humano possa ser particularmente *sensível* a certas experiências psicológicas em determinados momentos da vida, eventos posteriores, muitas vezes, podem reverter os efeitos dos anteriores. Um investigador (Lennenberg, 1967, 1969) de fato propôs um período crítico para o desenvolvimento da linguagem, antes da puberdade, e esse conceito foi apresentado como uma explicação para o limitado progresso do "menino selvagem" no aprendizado da fala (Lane, 1976; ver Quadro 1-2). Entretanto, pesquisas mais recentes sugerem que a capacidade de aquisição da linguagem pode ser muito resiliente. Mesmo que as partes do cérebro mais apropriadas para o processamento da linguagem estejam comprometidas, um desenvolvimento da linguagem próximo do normal pode ocorrer - ainda que a criança possa ter que se esforçar muito para acompanhar as crianças normais em cada nova etapa de desenvolvimento da linguagem (Johnson, 1998). Outras pesquisas podem ajudar a delinear que aspectos do desenvolvimento formam-se decisivamente durante períodos críticos e que aspectos permanecem modificáveis.

período crítico

Momento específico em que um determinado evento ou sua ausência tem maior impacto sobre o desenvolvimento.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar por que as diferenças individuais tendem a aumentar com a idade?
- ✓ Discutir a influência tanto da família e da composição do bairro, como da condição socioeconômica, da cultura e etnicidade?
- ✓ Dar exemplos de influências normativas etárias, normativas históricas e não-normativas? (Inclua algumas influências normativas históricas que tiveram impacto sobre diferentes gerações.)
- ✓ Explicar por que o conceito de períodos "críticos" pode ser aplicado com mais precisão ao desenvolvimento físico do que ao desenvolvimento cognitivo?



Em Termos Práticos

Quadro 1-2

Existe um Período Crítico para a Aquisição da Linguagem?

Em 1970, uma garota de 13 anos e 6 meses chamada Genie (que não é seu verdadeiro nome) foi descoberta em um bairro de Los Angeles (Curtiss, 1977; Fromkin et al., 1974; Pines, 1981; Rymer, 1993). Vítima de um pai abusivo, ela ficara confinada por quase 12 anos em um pequeno aposento na casa dos pais, amarrada a uma cadeira-penico e isolada do contato humano normal. Pesando apenas 27 kg, Genie não era capaz de esticar os braços e as pernas, não sabia mastigar, não tinha controle da bexiga e do intestino e não falava. Ela só reconhecia seu próprio nome e a palavra *sorry* (*desculpe*).

Apenas três anos antes, Eric Lenneberg (1967, 1969) tinha proposto que existe um período crítico para a aquisição da linguagem, que se inicia na primeira infância e termina em torno da puberdade. Lenneberg disse que seria difícil, se não impossível, para uma criança que ainda não adquirira a capacidade de falar fazê-lo após aquela idade. Mas Lenneberg só podia oferecer evidências indiretas para sua hipótese. Ele assinalava que crianças surdas que tinham ouvido a fala cedo na vida tinham mais facilidade para aprender a falar do que outras que não conheceram a fala. Ele notou que tanto crianças surdas quanto deficientes mentais param de adquirir habilidades de linguagem na puberdade. Além disso, uma criança que sofre de dano cerebral antes dos primeiros anos da adolescência pode recuperar a capacidade lingüística se outras partes do cérebro permanecem intactas, ao passo que, se o dano ocorrer durante a adolescência ou na idade adulta, a perda de linguagem tenderá a ser irreversível.

A descoberta de Genie ofereceu a oportunidade para testar a hipótese de Lenneberg. Genie era capaz de aprender a falar, ou era tarde demais? O Instituto Nacional de Saúde Mental (INSM) financiou o estudo, e uma série de pesquisadores assumiram os cuidados de Genie, que foi submetida a testes e treinamento lingüísticos intensivos.

O progresso de Genie durante os anos seguintes (antes do INSM suspender a verba e a mãe de Genie reaver a custódia da criança e isolá-la do contato com os profissionais que a estavam ensinando) tanto contesta quanto corrobora a idéia de um período crítico para aquisição da linguagem. Genie realmente aprendeu algumas palavras simples e era capaz de juntá-las para formar algumas orações primitivas, mas governadas por regras. Ela também aprendeu os fundamentos da linguagem dos sinais. Contudo, ela nunca usou a linguagem normalmente, e "sua fala permaneceu, de modo geral, semelhante a um telegrama meio truncado" (Pines, 1981, p. 29). Quando sua mãe, incapaz de cuidar dela, entregou-a para uma série de lares adotivos abusivos, ela regrediu para o silêncio total.

O que explica o progresso inicial de Genie e sua incapacidade de mantê-lo? O fato de que ela estava apenas começando a apresentar os sinais da puberdade aos 13 anos e 6 meses pode indicar que ela ainda estava no período crítico, embora perto de seu fim. O fato de que ela aparentemente tinha aprendido algumas palavras antes de ser trancafiada na idade de 20 meses pode significar que seus mecanismos de aprendizagem da linguagem podem ter sido ativados no início do período crítico, permitindo que a aprendizagem posterior ocorresse. Por outro lado, o fato de ter sofrido abuso e abandono pode tê-la prejudicado tanto emocional, social e cognitivamente, que, como Victor, o menino selvagem de

Aveyron, ela não pode ser considerada um verdadeiro teste do período crítico (Curtiss, 1977). A competição e a falta de continuidade entre os pesquisadores que a estavam estudando e ensinando também confundiam a questão (Rymer, 1993).

Estudos de caso como os de Genie e Victor ilustram a dificuldade de adquirir a linguagem depois dos primeiros anos de vida, mas eles não permitem julgamentos conclusivos porque existe um excesso de fatores complicadores. Os pesquisadores que procuram estudar participantes que não tiveram contato inicial com a linguagem, mas cujo ambiente e desenvolvimento são de outra forma normais, voltaram-se assim para pessoas surdas para as quais a Língua Americana dos Sinais (LAS) é a língua principal. Mais de 9 a cada 10 crianças surdas têm pais com audição normal. Normalmente elas têm seu primeiro contato com a LAS quando ingressam em escolas residenciais para surdos, e as tentativas de expô-las ao inglês não tendo obtido êxito (Newport, 1991).

Um estudo transversal comparou três grupos de usuários da LAS em uma escola residencial para surdos: *aprendizes nativos*, que foram expostos à LAS desde o nascimento com pais surdos que a utilizavam; *aprendizes precoces*, que tiveram seu primeiro contato com a LAS entre os 4 e 6 anos com colegas surdos ao ingressarem na escola residencial; e os *aprendizes tardios*, que tiveram seu primeiro contato com a LAS depois dos 12 anos, tendo anteriormente freqüentado escolas não-residenciais que utilizavam exclusivamente métodos orais. Todos os três grupos haviam aprendido a ordem básica das palavras de sua língua (como ocorreu com Genie), mas sua proficiência variava dramaticamente. Quanto mais velha era a pessoa no momento de primeira exposição à LAS, maior a probabilidade de ela fazer sinais sem regularidade e sem respeitar a gramática. Isso era observado a despeito do fato de que todos os participantes usavam a LAS há pelo menos 30 anos. Essas descobertas sugerem que é o nível de maturação inicial do aprendiz que determina o quão bem uma língua será aprendida (Newport, 1991).

Um estudo transversal sobre o uso do inglês por parte de imigrantes chineses e coreanos apóia um período crítico para a aprendizagem também da segunda língua. Os participantes, todos eles estudantes ou professores universitários, haviam ingressado nos Estados Unidos pelo menos cinco anos antes, com idades que variavam dos 3 aos 39 anos. Seu desempenho no inglês mostrava um padrão notável, que se conformava à curva de maturação: quanto maior a idade de chegada, até o final da adolescência, pior o desempenho, que então se mantinha estável em um nível baixo entre aqueles que haviam chegado quando adultos (Newport, 1991).

Se existe um período crítico para a aprendizagem da língua, o que o explica? Os mecanismos cerebrais para aquisição da linguagem deterioram-se à medida que o cérebro amadurece? Isso seria estranho, pois as outras capacidades cognitivas aperfeiçoam-se. Uma hipótese alternativa é que o próprio aumento de sofisticação cognitiva interfere na capacidade de um adolescente ou adulto aprender uma língua. As crianças pequenas adquirem a linguagem em pequenos "pedaços" que podem ser prontamente assimilados. Aprendizes mais velhos, quando começam a aprender uma língua, tendem a absorver muita coisa ao mesmo tempo e então podem ter dificuldade para analisar e interpretar tudo isso (Newport, 1991).

Agora que já fizemos um breve apanhado geral do campo do desenvolvimento humano e de alguns de seus conceitos mais básicos, é hora de examinar mais de perto as questões sobre as quais os cientistas do desenvolvimento pensam e como eles fazem seu trabalho. No Capítulo 2, apresentaremos algumas teorias influentes sobre como ocorre o desenvolvimento, além dos métodos que os investigadores normalmente utilizam para estudá-lo.

Resumo

Como o Estudo do Desenvolvimento Humano Evoluiu

Indicador 1. O que é desenvolvimento humano e quais foram os principais passos na evolução de seu estudo?

- **Desenvolvimento humano** é o estudo da mudança e da estabilidade ao longo de toda a vida. O estudo do desenvolvimento humano começou com estudos sobre a infância durante o século XIX. A adolescência não era considerada uma fase separada de desenvolvimento até o século XX.
- Quando os pesquisadores interessaram-se em acompanhar o desenvolvimento durante toda a vida adulta, o **desenvolvimento no ciclo vital** tornou-se um campo de estudo.

Indicador 2. O que é a abordagem de desenvolvimento no ciclo vital e quais são seus princípios fundamentais?

- A abordagem de desenvolvimento no ciclo vital é uma estrutura para o estudo do desenvolvimento no tempo de vida. Seus princípios fundamentais incluem a idéia de que o desenvolvimento é vitalício, a importância da história e do contexto, multidimensionalidade, multidirecionalidade e **plasticidade**.

Desenvolvimento Humano Hoje:

Uma Introdução ao Campo

Indicador 3. Quais são os quatro objetivos do estudo científico do desenvolvimento humano?

- O estudo do desenvolvimento humano procura descrever, explicar, prever e modificar o comportamento.

Indicador 4. O que os cientistas do desenvolvimento estudam?

- Os cientistas do desenvolvimento estudam as mudanças no desenvolvimento. Eles se interessam tanto pela **mudança quantitativa** como pela **mudança qualitativa**, assim como pela estabilidade da personalidade e do comportamento.

Indicador 5. Quais são os principais aspectos e períodos do desenvolvimento humano?

- O desenvolvimento tem três principais aspectos: físico, cognitivo e psicossocial. Essas formas de desenvolvimento não ocorrem isoladamente; cada uma delas influencia as outras.

- O conceito de períodos de desenvolvimento é uma **construção social**. Todas as sociedades reconhecem esses períodos, mas as divisões precisas variam. Nesse livro, o ciclo vital é dividido em oito períodos: o período pré-natal, primeira infância, segunda infância, terceira infância, adolescência, idade adulta inicial, meia-idade e terceira idade. Em cada período do ciclo vital, as pessoas possuem necessidades e tarefas características de desenvolvimento.

Influências no Desenvolvimento

Indicador 6. Que tipos de influências tornam uma pessoa diferente de outra?

- As influências sobre o desenvolvimento provêm tanto da **hereditariedade** quanto do **ambiente**. Muitas mudanças típicas durante a infância estão relacionadas com a **maturação**. As **diferenças individuais** aumentam com a idade.
- Uma influência ambiental ou contextual importante é a família. Nas diferentes sociedades, há predominância da **família nuclear** ou da **família extensa**.
- A **condição socioeconômica (CS)**, muitas vezes, está relacionada com os processos e resultados do desenvolvimento através de fatores como qualidade do ambiente no lar e no bairro, da assistência médica e da educação escolar. As influências mais poderosas sobre os resultados do desenvolvimento parecem ser a renda e o capital humano do bairro. Múltiplos/atores de risco aumentam a probabilidade de maus resultados.
- Outras influências ambientais importantes provêm dos **grupos étnicos** e da **cultura**. Em sociedades multiétnicas grandes, os grupos imigrantes, muitas vezes, se aculturam, ou se adaptam à cultura majoritária e, ao mesmo tempo, preservam aspectos de sua própria cultura.
- As influências sobre os indivíduos podem ser **normativas** ou **não-normativas**. As influências normativas etárias afetam pessoas da mesma idade. As influências normativas históricas afetam uma determinada **coorte**. Eventos de vida não-normativos são não-usuais por si mesmos ou por seu momento de ocorrência.
- Existem fortes indícios da existência de **períodos críticos** para certos tipos de desenvolvimento físico inicial. Para o desenvolvimento cognitivo e psicossocial, parece haver mais plasticidade.

Palavras-Chave

desenvolvimento humano (47)
desenvolvimento no ciclo vital (48)
plasticidade (50)
mudança quantitativa (50)
mudança qualitativa (50)

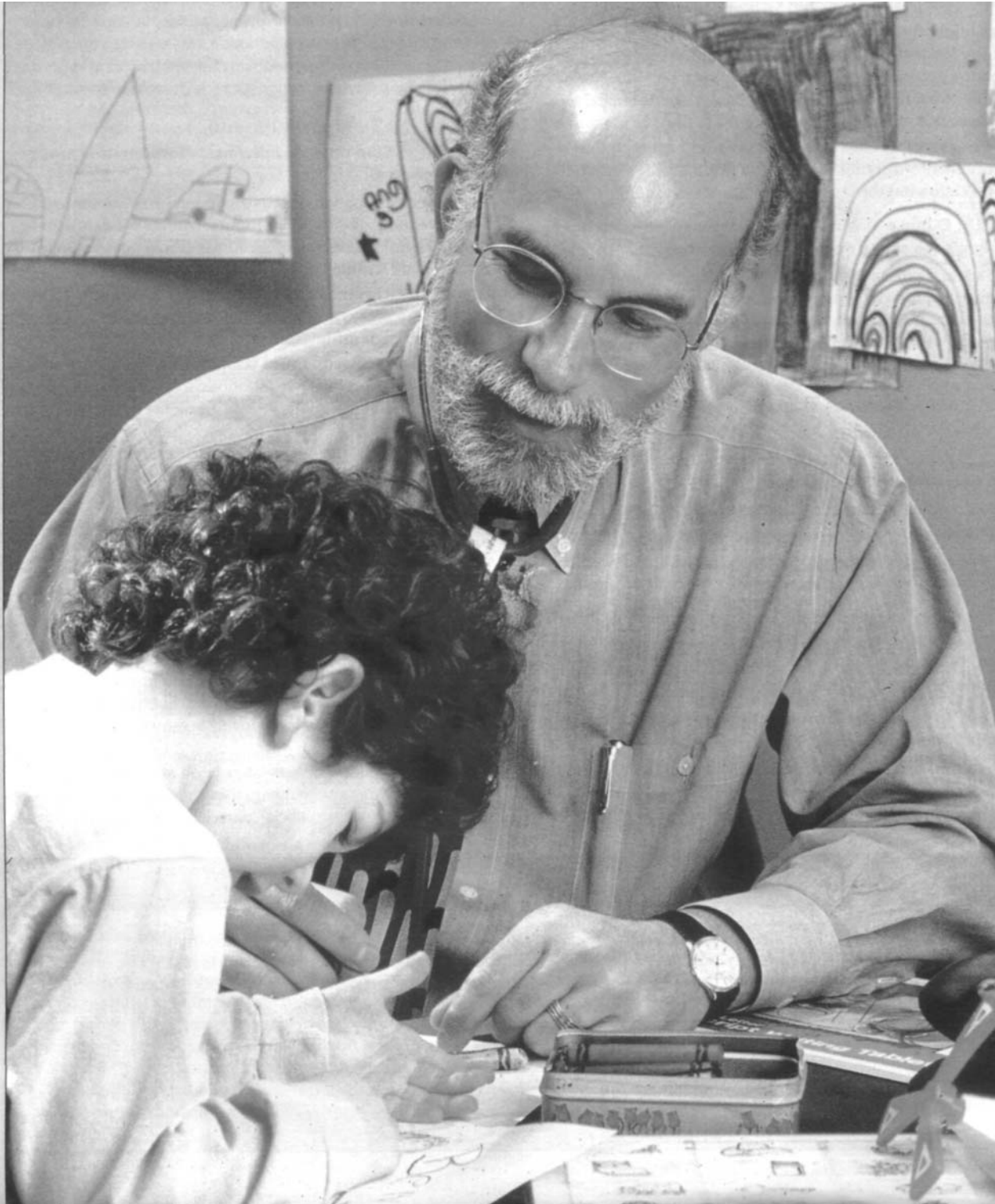
construção social (51)
diferenças individuais (54)
hereditariedade (54)
ambiente (54)
maturação (54)
família nuclear (55)

família extensa (56)
condição socioeconômica (CS) (56)
fatores de risco (57)
cultura (57)
grupo étnico (57)

normativo (58)
coorte (58)
período crítico (59)

Capítulo 2

Teoria e Pesquisa



Existe algo ainda mais vital para a ciência do que métodos inteligentes: o sincero desejo de encontrar a verdade, qualquer que ela seja.

Charles Sanders Peirce, *Collected Papers*, vol. 5



Margaret Mead

Foco:

Margaret Mead, Pioneira na Pesquisa Transcultural

Margaret Mead (1901-1978) foi uma antropóloga norte-americana mundialmente famosa. Na década de 1920, época em que uma mulher raramente se expunha aos rigores do trabalho de campo com povos remotos pré-letrados, Mead passou nove meses na ilha de Samoa, no Pacífico Sul, estudando a adaptação das meninas à adolescência. Seu primeiro livro *Coming of Age in Samoa* (Atingindo à Maioridade em Samoa), um recordista de vendas, contestava a visão aceita sobre a inevitabilidade da rebeldia adolescente.

Uma infância itinerante construída em torno dos interesses acadêmicos de seus pais preparou Mead para uma errante vida de pesquisa. Em Nova Jersey, sua mãe, que estava trabalhando em sua tese de doutorado em sociologia, levava Margaret junto nas entrevistas que conduzia com imigrantes italianos recentes - primeiro contato da criança com o trabalho de campo. O pai dela, professor na faculdade de administração Wharton da Universidade da Pensilvânia, ensinou-lhe o respeito aos fatos e "a importância de pensar com clareza" (Mead, 1972, p. 40). Ele enfatizava a ligação entre teoria e aplicação - como fez Margaret quando, anos depois, testou suas teorias sobre criação dos filhos com sua própria filha. A avó de Margaret, ex-professora do ensino fundamental, a mandava para o bosque para colher e analisar espécimes de hortelã. "Não fui bem treinada em geografia ou ortografia", escreveu Mead em suas memórias *Nackberry Winter* (Inverno das Amoras-Pretas) (1972, p. 47). "Mas aprendi a observar o mundo à minha volta e notar o que via".

Margaret fez muitos apontamentos sobre o desenvolvimento de seu irmão e de duas irmãs mais jovens. Sua curiosidade sobre por que uma criança de uma família comportava-se de modo tão diferente de outra levou-a posteriormente a interessar-se pelas variações de temperamento em uma cultura.

Um outro foco de pesquisa foi como as culturas definem os papéis masculino e feminino. Margaret via sua mãe e sua avó como mulheres instruídas que conseguiram ter marido e filhos e dedicar-se à profissão; ela esperava fazer o mesmo. Ficou desolada quando, no início de sua carreira, o ilustre antropólogo Edward Sapir disse-lhe que "era melhor ela ficar em casa e ter filhos do que sair para os Mares do Sul para estudar meninas adolescentes" (Mead, 1972, p. 11).

A opção de Margaret pela antropologia como profissão condizia com o respeito que aprendera em casa pelo valor de todos os seres humanos e suas culturas. Recordando a insistência do pai de que a única coisa que vale a pena fazer é contribuir para o acúmulo de conhecimento, viu uma necessidade urgente de documentar culturas anteriormente isoladas que agora "desaparecem diante do ataque da civilização moderna" (Mead, 1972, p. 137).

R E S U M O

FOCO'. Margaret Mead, Pioneira na Pesquisa Transcultural

Questões Teóricas Básicas

O Que É Mais Importante:
Hereditariedade ou Ambiente?
O Desenvolvimento É Ativo ou Passivo?
O Desenvolvimento É Contínuo, ou Ocorre em Etapas?
Um Consenso Emergente

Perspectivas Teóricas

Perspectiva Psicanalítica
Perspectiva da Aprendizagem
Perspectiva Humanista
Perspectiva Cognitiva
Perspectiva Etológica
Perspectiva Contextual

Métodos de Pesquisa

Amostragem
Métodos de Coleta de Dados
Modelos Básicos de Pesquisa
Modelos de Pesquisa sobre Desenvolvimento
Ética da Pesquisa

"Fui a Samoa - assim como, mais tarde, fui conhecer outras sociedades sobre as quais realizei um trabalho - para descobrir mais sobre os seres humanos, seres humanos como nós em tudo, exceto em cultura", escreveu ela. "Através dos acidentes da história, essas culturas desenvolveram-se de uma forma tão diferente da nossa, que nosso conhecimento delas poderia lançar uma espécie de luz sobre nós, sobre nossas potencialidades e nossas limitações" (Mead, 1972, p. 293). A presente busca para elucidar essas "potencialidades e limitações" é o objetivo dos teóricos e pesquisadores do desenvolvimento humano.

A

vida de Margaret Mead foi toda coerente. A jovem que enchia cadernos com observações sobre os irmãos tornou-se a cientista que viajava a terras distantes e estudava culturas muito diferentes da sua.

A história de Mead salienta diversos pontos importantes sobre o estudo do desenvolvimento humano. Primeiramente, o estudo das pessoas não é seco, abstrato ou esotérico. Ele lida com a substância da vida real.

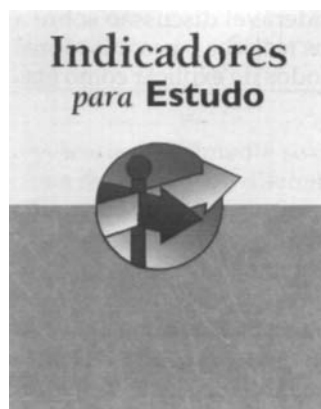
Segundo: uma perspectiva transcultural pode revelar quais padrões de comportamento são universais - se existem - e quais não o são. A maioria dos estudos sobre desenvolvimento humano foi realizado nas sociedades ocidentais modernas, utilizando participantes de classe média e brancos. Hoje, os cientistas do desenvolvimento estão cada vez mais conscientes da necessidade de expandir a base de pesquisa, como Mead e colaboradores procuraram fazer.

Terceiro: teoria e pesquisa são dois lados da mesma moeda. À medida que refletia sobre suas próprias experiências e observava o comportamento dos outros, Mead constantemente formulava explicações possíveis de serem testadas em futuras pesquisas.

Quarto: embora o objetivo da ciência seja obter conhecimento verificável através de investigação imparcial e sem preconceitos, a ciência do desenvolvimento não pode ser totalmente objetiva. As observações sobre o comportamento humano são produtos de indivíduos humanos cujas indagações e interpretações são inevitavelmente influenciadas por sua própria bagagem, por seus próprios valores e por suas próprias experiências. Como a filha de Mead, Mary Catherine Bateson (1984), também antropóloga, assinalou em resposta às críticas à metodologia do trabalho inicial de Mead em Samoa, um observador científico é como uma lente, a qual inevitavelmente produz alguma distorção no que é observado. Uma lente diferente (ou seja, um observador diferente) pode mudar o foco e assim obter resultados diferentes. Ao buscarem maior objetividade, os investigadores devem examinar minuciosamente como eles e seus colegas conduzem seu trabalho, as suposições sobre as quais eles se baseiam e como chegam a suas conclusões.

Na primeira parte deste capítulo, apresentaremos as principais questões e perspectivas teóricas que subjazem muitas pesquisas sobre desenvolvimento humano. No restante do capítulo, observaremos como os pesquisadores reúnem e avaliam as informações, para que você possa melhor avaliar se as conclusões deles se apoiam em base segura.

Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. Para que servem as teorias?
2. Enumere as três questões teóricas básicas sobre as quais os cientistas do desenvolvimento discordam.
3. Enumere as seis perspectivas teóricas sobre o desenvolvimento humano e descreva algumas das teorias representativas de cada uma delas.
4. Como os cientistas do desenvolvimento estudam as pessoas? Descreva as vantagens e as desvantagens de cada método de pesquisa.
5. Que problemas éticos podem surgir na pesquisa com seres humanos e como eles podem ser melhor resolvidos?

Questões Teóricas Básicas

Como assinalamos no Capítulo 1, os objetivos do estudo do desenvolvimento humano são descrever, explicar, prever e modificar o comportamento humano. Em conformidade com esses objetivos, os cientistas do desenvolvimento produziram muitas teorias, por vezes conflitantes, sobre por que as pessoas desenvolvem-se como o fazem. Uma **teoria** é um conjunto de conceitos ou enunciados logicamente relacionados, os quais tentam descrever e explicar o desenvolvimento e prever que tipos de comportamento poderiam ocorrer sob certas condições. As teorias organizam os dados, as informações reunidas pela pesquisa e são uma rica fonte de **hipóteses** - possíveis explicações ou previsões que podem ser testadas por futuras pesquisas.

As teorias mudam para incorporar novas descobertas. As vezes, a pesquisa apóia uma hipótese e a teoria sobre a qual ela se baseia. Outras vezes, como no caso das descobertas de Mead sobre a adolescência, os cientistas precisam modificar suas teorias para poder explicar dados inesperados. As descobertas de pesquisa, muitas vezes, sugerem perguntas e hipóteses adicionais a serem examinadas e fornecem orientação para lidar com questões práticas.

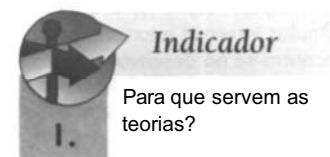
O modo como os teóricos explicam o desenvolvimento depende, em parte, do modo como encaram três questões básicas: (1) o peso relativo dado à hereditariedade e ao ambiente; (2) se as pessoas são ativas ou passivas em seu próprio desenvolvimento; (3) se o desenvolvimento é contínuo, ou ocorre em etapas.

O Que É Mais Importante: Hereditariedade ou Ambiente?

O que tem mais impacto sobre o desenvolvimento: a hereditariedade ou o ambiente? Essa questão gerou intenso debate. Os teóricos diferem quanto à importância relativa que dão à *natureza* (os traços e as características inatos, herdados dos pais biológicos) e à *experiência* (influências ambientais, tanto antes como depois do nascimento, incluindo as influências da família, dos amigos, da escola, do bairro, da sociedade e da cultura).

Quanto é herdado? Quanto é influenciado pelo ambiente? Essas questões são importantes. Se os pais acreditam que a inteligência pode ser fortemente influenciada pela experiência, podem fazer esforços especiais para conversar com os filhos, ler para eles e oferecer-lhes brinquedos que os ajudem a aprender. Se os pais acreditam que a inteligência é inata e imutável, podem ter menos inclinação para fazer tal tipo de esforço.

Atualmente, os cientistas dispõem de modos mais precisos para medir os papéis da hereditariedade e do ambiente no desenvolvimento de traços específicos em uma população (Neisser et al., 1996). Mas quando nos detemos a uma determinada pessoa, a pesquisa em relação a quase todas as características aponta para uma mescla de herança e experiência. Assim, ainda que a inteligência tenha um forte componente hereditário, os fatores estimulação dos pais, educação, influência dos amigos e outras variáveis fazem a diferença. À medida que as crianças crescem, suas tendências naturais para, digamos, música ou esportes as encaminham a atividades



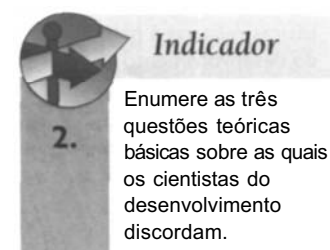
Para que servem as teorias?

teoria

Conjunto coerente de conceitos logicamente relacionados que procura organizar, explicar e prever os dados.

hipóteses

Possíveis explicações para os fenômenos, utilizadas para prever o resultado da pesquisa.



Enumere as três questões teóricas básicas sobre as quais os cientistas do desenvolvimento discordam.



O campeão de golf Tiger Woods deve sua perícia ao talento inato ou ao forte treinamento que recebeu do pai? A maioria dos cientistas do desenvolvimento atualmente assim responderia: "Ambos".

modelo mecanicista

Modelo baseado na máquina como metáfora, que vê o desenvolvimento como uma resposta passiva, previsível a estímulos internos e externos; concentra-se no desenvolvimento quantitativo; estuda os fenômenos pela análise da operação de suas partes componentes.

modelo organísmico

Modelo segundo o qual o desenvolvimento é desencadeado internamente por uma pessoa ou organismo ativo e ocorre em uma sequência universal de estágios qualitativamente diferentes de maturação.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Enunciar três questões básicas relativas à natureza do desenvolvimento humano?
- ✓ Contrastar os modelos mecanicista e organísmico de desenvolvimento?

que reforçam essas tendências. Embora ainda haja considerável discussão sobre a importância relativa da natureza e da experiência, muitos teóricos e pesquisadores contemporâneos estão mais interessados em descobrir modos de explicar como elas interagem ou funcionam juntas.

O Desenvolvimento É Ativo ou Passivo?

A segunda questão depende de nossa visão da natureza dos seres humanos: as pessoas são ativas ou passivas em seu próprio desenvolvimento? Muitos teóricos subscrevem a um dos dois modelos ou imagens contrastantes do desenvolvimento: *meccanicista* e *organísmico*.

No **modelo mecanicista**, as pessoas são como máquinas que reagem ao que lhes chega do ambiente (Pepper, 1942, 1961). Ponha gasolina em um carro, gire a chave de ignição, aperte o acelerador, e o veículo irá andar. Na visão mecanicista, o comportamento é muito semelhante. Se soubermos o suficiente sobre a composição da "máquina" humana e as forças internas e externas que atuam sobre ela, podemos prever o que uma pessoa fará. A pesquisa mecanicista procura identificar e isolar os fatores que fazem as pessoas comportarem-se - ou reagirem - do modo como o fazem.

O **modelo organísmico** vê as pessoas como organismos ativos em crescimento que põem em marcha seu próprio desenvolvimento (Pepper, 1942, 1961). Elas desencadeiam os eventos, e não simplesmente reagem a eles. O ímpeto para a mudança é interno. As influências ambientais não causam desenvolvimento, embora possam acelerá-lo ou retardá-lo. A totalidade do comportamento de um ser humano é maior do que a soma das partes que o compõem. Assim, segundo os teóricos organísmicos, não podemos prever o comportamento subdividindo-o em simples respostas à estimulação ambiental, como sugere o modelo mecanicista.

O Desenvolvimento é Contínuo, ou Ocorre em Etapas?

Os dois modelos teóricos básicos também diferem em relação à terceira questão: o desenvolvimento é contínuo, ou ocorre em etapas?

Os teóricos mecanicistas vêem o desenvolvimento como algo contínuo - sempre governado pelos mesmos processos, permitindo a predição de comportamentos posteriores a partir de comportamentos anteriores. Esses pensadores concentram-se na mudança *quantitativa*: por exemplo, mudanças na frequência com que uma resposta é dada, em vez de mudanças no tipo de resposta.

Os teóricos organísmicos enfatizam a mudança *qualitativa* (Looft, 1973). Eles vêem o desenvolvimento como algo que ocorre em uma série de etapas distintas. Em cada etapa, as pessoas lidam com diferentes tipos de problemas e desenvolvem diferentes tipos de capacidades. Cada etapa fundamenta-se nas anteriores e prepara o caminho para a seguinte.

Um Consenso Emergente

A medida que o estudo do desenvolvimento humano evolui, os modelos mecanicista e organísmico têm mudado em termos de influência e apoio (Parke et al., 1994). A maioria dos pioneiros no campo, incluindo Sigmund Freud, Erik Erikson e Jean Piaget, favorecia as abordagens organísmicas ou de etapas. A visão mecanicista conquistou adeptos durante a década de 1960, com a popularidade das teorias de aprendizagem oriundas do trabalho de John B. Watson. (Discutimos todos esses teóricos na seção a seguir.)

Atualmente o pêndulo oscilou na direção contrária - mas não completamente. Abordagens semi-organísmicas centradas nas bases biológicas do comportamento estão em ascensão; entretanto, no lugar da ênfase a grandes etapas, existe um esforço para descobrir que tipos específicos de comportamento apresentam continuidade ou falta de continuidade e que processos estão envolvidos em cada um.

Assim como está surgindo um consenso sobre como a hereditariedade e o ambiente funcionam juntos, muitos cientistas do desenvolvimento estão chegando a uma visão mais equilibrada sobre o desenvolvimento ativo e passivo. Existe amplo consenso de que a influência é *bidirecional*: as pessoas mudam seu mundo mesmo enquanto ele as muda (Parke et al., 1994).

Perspectivas Teóricas

As teorias geralmente se enquadram em várias perspectivas teóricas amplas. Cada uma delas enfatiza diferentes tipos de processos de desenvolvimento e possui diferentes concepções sobre questões como as que acabamos de discutir. Essas perspectivas influenciam as perguntas que os pesquisadores fazem, os métodos que utilizam e os modos como interpretam os dados. Portanto, para avaliar e interpretar a pesquisa, é importante reconhecer a perspectiva teórica em que ela se baseia.

Vamos examinar seis perspectivas (resumidas na Tabela 2-1) que subjazem influentes teorias e a pesquisa sobre desenvolvimento humano: (1) *psicanalítica* (que se concentra nas emoções e pulsões inconscientes); (2) *da aprendizagem* (que estuda o comportamento observável); (3) *humanista* (que enfatiza o controle das pessoas sobre seu desenvolvimento); (4) *cognitiva* (que analisa os processos de pensamento); (5) *etológica* (que considera as bases evolucionistas do comportamento); (6) *contextual* (que enfatiza o impacto do contexto histórico, social e cultural). Nenhuma dessas perspectivas teóricas possui todas as respostas; cada uma tem algo a contribuir para nossa compreensão do desenvolvimento humano.



Indicador

3. Enumere as seis perspectivas teóricas sobre o desenvolvimento humano e descreva algumas das teorias representativas de cada uma delas.

Perspectiva Psicanalítica

A **perspectiva psicanalítica** preocupa-se com as forças inconscientes que motivam o comportamento humano. No início do século XX, o médico vienense Sigmund Freud (1856-1939) desenvolveu a *psicanálise*, abordagem terapêutica cujo objetivo era fazer o paciente compreender seus conflitos emocionais inconscientes. Fazendo perguntas destinadas a evocar lembranças há muito esquecidas, Freud concluiu que a origem das perturbações emocionais está nas experiências traumáticas reprimidas da primeira infância. A perspectiva psicanalítica foi expandida e modificada por outros teóricos e praticantes, inclusive Erik H. Erikson.

perspectiva psicanalítica
Visão do desenvolvimento preocupada com as forças inconscientes que motivam o comportamento.

Sigmund Freud: Desenvolvimento Psicosssexual

Freud (1953, 1964a, 1964b) acreditava que a personalidade formava-se nos primeiros anos de vida, momento em que as crianças passam por conflitos inconscientes entre seus impulsos biológicos inatos e as exigências da sociedade. Ele sugeriu que esses conflitos ocorrem em uma seqüência invariável de fases de **desenvolvimento psicosssexual**, baseadas na maturação, em que o prazer muda de uma zona corporal para outra - da boca para o ânus e depois para os genitais. Em cada fase, o comportamento, que é a principal fonte de gratificação, muda - da alimentação para a eliminação e posteriormente para a atividade sexual.

Das cinco fases de desenvolvimento da personalidade que Freud descreveu (ver Tabela 2-2), ele considerava as três primeiras - as dos primeiros anos de vida - cruciais. Ele sugeriu que, se as crianças recebem muito pouca ou excessiva gratificação em qualquer uma das etapas, estão em risco de desenvolverem uma *fixação* - uma interrupção no desenvolvimento que pode aparecer na personalidade adulta. Por exemplo, bebês cujas necessidades não são satisfeitas durante a *fase oral*, quando a alimentação é a principal fonte de prazer sensual, podem, quando adultos, desenvolver o hábito de roer unhas ou uma personalidade sarcasticamente crítica. Os bebês que recebem *tanto* prazer oral, que não querem abandonar essa fase, podem posteriormente comer ou fumar compulsivamente. Uma pessoa que na primeira infância teve um treinamento higiênico rígido demais pode fixar-se na *fase anal*, quando a principal fonte de prazer era movimentar os intestinos. Uma pessoa desse tipo pode ser obsessivamente limpa e caprichosa, rigidamente ligada a horários e rotinas ou provocadoramente desleixada.

desenvolvimento psicosssexual
Na teoria freudiana, uma seqüência invariável de estágios de desenvolvimento da personalidade durante os primeiros anos de vida, infância e adolescência, em que a gratificação muda da boca para o ânus e depois para os genitais.

Segundo Freud, um acontecimento fundamental no desenvolvimento psicosssexual ocorre durante a *fase fálica* da segunda infância, quando a zona de prazer

Tabela 2-1 Seis Perspectivas sobre o Desenvolvimento Humano

Perspectiva	Teorias Importantes	Crenças Básicas
Psicanalítica	Teoria psicosssexual de Freud	O comportamento é controlado por poderosos impulsos inconscientes.
	Teoria psicossocial de Erikson	A personalidade é influenciada pela sociedade e desenvolve-se através de uma série de crises.
Aprendizagem	Behaviorismo ou teoria da aprendizagem tradicional (Pavlov, Skinner, Watson)	As pessoas são reativas; o ambiente controla o comportamento.
	Teoria da aprendizagem social (sociocognitiva) (Bandura)	As crianças aprendem em um contexto social pela observação e imitação de modelos; a pessoa contribui ativamente para a aprendizagem.
Humanista	Teoria da auto-realização de Maslow	As pessoas têm a capacidade de tomar conta de suas vidas e promover seu próprio desenvolvimento.
Cognitiva	Teoria dos estágios cognitivos de Piaget	Mudanças qualitativas no pensamento ocorrem entre a primeira infância e a adolescência. Pessoa desencadeia ativamente o desenvolvimento.
	Teoria do processamento de informações.	Seres humanos são processadores de símbolos.
Etológica	Teoria do apego de Bowlby e Ainsworth	Os seres humanos possuem mecanismos para sobreviver; dá-se ênfase aos períodos críticos ou sensíveis; bases biológicas e evolucionistas para o comportamento e predisposição para a aprendizagem são importantes.
Contextual	Teoria bioecológica de Bronfenbrenner	O desenvolvimento ocorre através da interação entre uma pessoa em desenvolvimento e cinco sistemas contextuais de influências circundantes, interligados, do microsistema ao cronossistema.
	Teoria sociocultural de Vygotsky	O contexto sociocultural da criança tem importante impacto sobre o desenvolvimento.

transfere-se para os genitais. Os meninos desenvolvem apego sexual às mães (o *complexo de Édipo*) e as meninas aos pais (o *complexo de Electra*), tendo impulsos agressivos pelo genitor de mesmo sexo, que vêem como rival. O menino aprende que uma menina não possui pênis, presume que ele foi cortado e tem medo de que o pai o castrasse também. A menina experimenta o que Freud chamou de *inveja do pênis* e culpa a mãe por não ter lhe dado um pênis.

As crianças, com o tempo, resolvem esta ansiedade pela identificação com o genitor de mesmo sexo e entram na relativamente calma *fase de latência* da terceira infância. Elas se socializam, desenvolvem habilidades e aprendem sobre si mesmas e sobre a sociedade. A *fase genital*, a última, se estende por toda a vida adulta. As mudanças físicas da puberdade voltam a despertar a *libido*, a energia que alimenta o impulso sexual. Os impulsos sexuais da fase fálica, reprimidos durante a latência, agora ressurgem para fluir em canais socialmente aprovados, que Freud definia como relações heterossexuais com pessoas de fora da família de origem.

Técnica Utilizada	Orientada por Etapas	Ênfase Causai	Indivíduo Ativo ou Passivo
Observação clínica	Sim	Fatores inatos modificados pela experiência	Passivo
Observação clínica	Sim	Interação de fatores inatos e experienciais	Ativo
Procedimentos experimentais científicos rigorosos	Não	Experiência	Passivo
Procedimentos experimentais científicos rigorosos	Não	Experiência modificada por fatores inatos	Ativo e passivo
Discussão dos sentimentos	Não	Interação de fatores inatos e experienciais	Ativo
Entrevistas flexíveis; observação meticulosa.	Sim	Interação de fatores inatos e experienciais	Ativo
Pesquisa laboratorial; monitoramento tecnológico de respostas fisiológicas	Não	Interação de fatores inatos e experienciais	Ativo e passivo
Naturalística e observação laboratorial	Não	Interação de fatores inatos e experienciais	Ativo
Observação naturalística e análise	Não	Interação de fatores inatos e experienciais	Ativo
Pesquisa transcultural; observação de criança interagindo com pessoa mais competente	Não	Experiência	Ativo

Freud propôs três partes hipotéticas da personalidade: o *id*, o *ego* e o *superego*. Os recém-nascidos são governados pelo *id*, a fonte de motivos e desejos que está presente no nascimento. O *id* busca satisfação imediata. Quando a gratificação demora, como ocorre quando eles precisam esperar para serem alimentados, os bebês começam a se ver como separados do mundo externo. O *ego*, que representa a razão ou o senso comum, desenvolve-se durante o primeiro ano de vida; seu objetivo é encontrar modos realistas de gratificar o *id* que sejam aceitáveis para o *superego*, o qual se desenvolve aproximadamente aos 5 ou 6 anos. O *superego* inclui a consciência e incorpora deveres e proibições socialmente aprovados ao próprio sistema de valores da criança. O *superego* é muito exigente; se suas demandas não são atendidas, a criança pode sentir-se culpada e ansiosa.

Freud descreveu diversos *mecanismos de defesa*, modos mediante os quais as pessoas inconscientemente lidam com a ansiedade distorcendo a realidade. Por exemplo, uma criança pode *reprimir* (bloquear da consciência e da memória) sentimentos ou experiências que causam ansiedade. Ou uma criança que está enfrentando um fato in-



O médico vienense Sigmund Freud desenvolveu uma teoria original, influente e controversa sobre o desenvolvimento psicosssexual na infância, baseada nas recordações de seus pacientes adultos. Sua filha Anna, que aqui aparece com o pai, seguiu seu exemplo profissional e formulou suas próprias teorias sobre o desenvolvimento da personalidade.

Tabela 2-2 Etapas de Desenvolvimento Conforme as Diversas Teorias

Estágios Psicosssexuais (Freud)	Estágios Psicossociais (Erikson)	Estágios Cognitivos (Piaget)
<i>Oral (nascimento aos 12-18 meses).</i> A principal fonte de prazer do bebê envolve atividades ligadas à boca (sugar e alimentar-se).	<i>Confiança versus desconfiança básica (nascimento aos 12-18 meses).</i> Bebê desenvolve a idéia de se o mundo é um lugar bom e seguro. Virtude: esperança.	<i>Sensório-motor (nascimento aos 2 anos).</i> Bebê gradualmente se torna capaz de organizar atividades em relação ao ambiente por meio de atividade sensória e motora.
<i>Anal (12-18 meses aos 3 anos).</i> Criança obtém gratificação sensual retendo e expelindo as fezes. Zona de gratificação é a região anal, e o abandono das fraldas é atividade importante.	<i>Autonomia versus vergonha e dúvida (12-18 meses aos 3 anos).</i> Criança desenvolve um equilíbrio entre independência e auto-suficiência, e vergonha e dúvida. Virtude: vontade.	<i>Pré-operatório (2 a 7 anos).</i> Criança desenvolve um sistema representacional e utiliza símbolos para representar pessoas, lugares e eventos. Linguagem e brincadeiras imaginativas são importantes manifestações desse estágio. O pensamento ainda não é lógico.
<i>Fálico (3 a 6 anos).</i> Criança torna-se apegada ao genitor do sexo oposto e posteriormente se identifica com genitor do mesmo sexo. Desenvolve-se o superego. Zona de gratificação transfere-se para região genital.	<i>Iniciativa versus culpa. (3 aos 6 anos).</i> Criança desenvolve iniciativa quando experimenta novas atividades e não é dominada pela culpa. Virtude: propósito.	
<i>Latência (6 anos à puberdade).</i> Época relativamente calma entre fases mais turbulentas.	<i>Produtividade versus inferioridade (6 anos à puberdade).</i> Criança deve aprender habilidades da cultura ou enfrentar sentimentos de incompetência. Virtude: habilidade.	<i>Operações concretas (7 a 11 anos).</i> Criança pode resolver problemas logicamente quando eles enfocam o aqui e agora, mas não é capaz de pensar em termos abstratos.
<i>Genital (puberdade à idade adulta).</i> Ressurgimento dos impulsos sexuais da fase fálica, dirigidos à sexualidade adulta madura.	<i>Identidade versus confusão de identidade (puberdade ao início da idade adulta).</i> Adolescente deve determinar seu sentido pessoal de identidade ("Quem sou eu?") ou sentir confusão sobre papéis. Virtude: fidelidade. <i>Intimidade versus isolamento (idade adulta jovem).</i> Pessoa procura formar compromissos com os outros; em caso de fracasso, pode sofrer de isolamento e auto-absorção. Virtude: amor. <i>Geratividade versus estagnação (idade adulta).</i> Adulto maduro preocupa-se em estabelecer e orientar a nova geração, ou então sente empobrecimento pessoal. Virtude: consideração. <i>Integridade versus desespero (idade adulta tardia).</i> O idoso alcança a aceitação da própria vida, o que lhe permite aceitar a morte, ou então se desespera pela incapacidade de reviver a vida. Virtude: sabedoria.	<i>Operações formais (11 anos a toda a idade adulta).</i> Pessoa pode pensar em termos abstratos, lidar com situações hipotéticas e pensar sobre possibilidades.

Nota: Todas as idades são aproximadas.

quietante, como o nascimento de um irmão ou o ingresso na escola, pode *regredir* - retornar a um comportamento anterior, como sugar o polegar ou urinar na cama.

A teoria de Freud fez contribuições históricas, e muitos de seus temas centrais foram validados pela pesquisa. Freud conscientizou-nos da importância dos pensamentos, dos sentimentos e das motivações inconscientes; do papel das experiências de infância na formação da personalidade; da ambivalência das respostas emocionais, especialmente dos pais; dos modos mediante os quais as imagens mentais dos primeiros relacionamentos influenciam os relacionamentos posteriores (Westen, 1998). Ele também abriu nossos olhos para a presença de impulsos sexuais desde o nascimento. Embora muitos psicanalistas atualmente rejeitem sua estreita ênfase aos impulsos sexuais e agressivos, o método psicanalítico de Freud influenciou muito a psicoterapia da modernidade.

Alguns aspectos das teorias de Freud são difíceis de testar. A pesquisa questionou ou invalidou muitos de seus conceitos - por exemplo, a idéia de que o superego e a *identidade de gênero* (consciência de ser do sexo masculino ou feminino) são consequências de conflitos durante a fase fálica (Emde, 1992). Por outro lado, os conceitos de personalidade oral e anal e de sentimentos edípicos na segunda infância têm apoio substancial da pesquisa (Westen, 1998).

Em alguns aspectos, a teoria de Freud desenvolveu-se em função de seu lugar na história e na sociedade. Grande parte dela, como, por exemplo, o conceito de inveja do pênis, parece rebaixar as mulheres, sem dúvida, em função de suas raízes no sistema social dominado pelo masculino da cultura européia da era vitoriana. Além disso, Freud baseou suas teorias sobre desenvolvimento normal; não em uma população de crianças medianas, mas em uma clientela de adultos de classe média alta, em sua maioria mulheres, que faziam terapia. Sua concentração em fatores biológicos e da maturação e nas primeiras experiências não leva em conta outras influências sobre a personalidade, inclusive posteriores. Muitos dos seguidores de Freud, incluindo Erik Erikson, ampliaram o foco de Freud, salientando influências sociais e a evolução de relacionamentos imaturos autogratiﬁcantes para relacionamentos maduros e interdependentes (Westen, 1998).

Erik Erikson: Desenvolvimento Psicossocial

Erik Erikson (1902-1994), psicanalista nascido na Alemanha, era parte do círculo íntimo de Freud em Viena até fugir da ameaça do nazismo e ir para os Estados Unidos em 1933. Sua ampla experiência pessoal e profissional levou-o a modificar e estender a teoria freudiana, enfatizando a influência da sociedade sobre o desenvolvimento da personalidade.

Enquanto Freud sustentava que as experiências da infância moldavam permanentemente a personalidade, Erikson afirmava que o desenvolvimento do ego é vitalício. A teoria do **desenvolvimento psicossocial** de Erikson (1950, 1982; Erikson, Erikson e Kivnick, 1986) abrange oito estágios durante o ciclo vital (ver Tabela 2-2), os quais serão discutidos nos capítulos apropriados. Cada estágio envolve uma "crise" na personalidade - uma questão de desenvolvimento que é particularmente importante naquele momento e que continuará tendo alguma importância durante toda a vida. As crises, que surgem de acordo com um cronograma de maturação, devem ser satisfatoriamente resolvidas para um saudável desenvolvimento do ego.

O êxito na resolução de cada uma das oito crises exige que um traço positivo seja equilibrado por um traço negativo correspondente. Embora a qualidade positiva deva predominar, alguma medida do traço negativo é igualmente necessária. A crise da primeira infância, por exemplo, é *confiança* versus *desconfiança básica*. As pessoas precisam acreditar no mundo e nas pessoas, mas elas também precisam adquirir certa desconfiança para se protegerem do perigo. O êxito na resolução de cada crise é o desenvolvimento de uma determinada virtude ou força - na primeira crise, a "virtude" da *esperança*.

A teoria de Erikson sustentou-se melhor do que a de Freud principalmente por sua ênfase às influências sociais e culturais e ao desenvolvimento depois da adolescência. Entretanto, alguns dos conceitos de Erikson, como os de Freud, são difíceis de testar.



O psicanalista Erik H. Erikson divergia da teoria freudiana ao enfatizar as influências da sociedade, e não especialmente as biológicas, sobre a personalidade. Erikson dizia que o desenvolvimento ocorre pela passagem por oito crises ou pontos de virada durante todo o ciclo vital.

desenvolvimento psicossocial

Na teoria de Erikson, é o processo social e culturalmente influenciado de desenvolvimento do ego ou do eu; ele consiste de oito estágios ao longo do ciclo de vida, cada um girando em torno de uma crise que pode ser resolvida alcançando-se um equilíbrio saudável entre traços positivos e negativos alternativos.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar o principal interesse da perspectiva psicanalítica?
- ✓ Citar as cinco fases de desenvolvimento de Freud e as três partes da personalidade?
- ✓ Citar as contribuições de Freud para o estudo do desenvolvimento humano?
- ✓ Citar dois aspectos em que a teoria de Erikson difere da de Freud?
- ✓ Explicar o conceito de crises de desenvolvimento de Erikson?

perspectiva da aprendizagem

Visão do desenvolvimento humano segundo a qual as mudanças no comportamento resultam da experiência ou adaptação ao ambiente; os dois principais ramos são o behaviorismo e a teoria da aprendizagem social.

aprendizagem

Mudança duradoura no comportamento que ocorre como resultado da experiência.

behaviorismo

Teoria da aprendizagem que enfatiza o estudo dos comportamentos e fatos observáveis e o papel previsível do ambiente para causar o comportamento.

condicionamento clássico

Tipo de aprendizagem em que um estímulo anteriormente neutro (que originalmente não provocava uma determinada resposta) adquire a capacidade de provocar uma resposta depois que o estímulo é repetidamente associado a outro estímulo que normalmente provoca a resposta.

Pense sobre isso . . .

- A experiência de Watson e Rayner que condicionou medo em "Albertinho" violaria os atuais padrões éticos para a pesquisa; entretanto, forneceu informações valiosas sobre o comportamento humano. Em um experimento como este, onde você traçaria a linha que separa a necessidade de conhecimento da sociedade e os direitos de um bebê?
- Algumas objeções éticas foram feitas ao objetivo behaviorista de controlar ou moldar o comportamento. Se os cientistas do desenvolvimento *pudessem* moldar as pessoas de modo a eliminar o comportamento anti-social, você acha que eles deveriam fazer isso?

Perspectiva da Aprendizagem

A **perspectiva da aprendizagem** preocupa-se em descobrir as leis objetivas que governam o comportamento observável. Os teóricos da aprendizagem sustentam que o desenvolvimento resulta de **aprendizagem**, uma mudança de longa duração no comportamento baseada na experiência ou adaptação ao ambiente. Os teóricos da aprendizagem vêem o desenvolvimento como algo contínuo (e não em etapas) e enfatizam a mudança quantitativa.

Os teóricos da aprendizagem ajudaram a tornar o estudo de desenvolvimento humano mais científico. Suas palavras são definidas com precisão, e suas teorias podem ser testadas no laboratório. Por salientarem as influências ambientais, ajudam a explicar as diferenças culturais no comportamento (Horowitz, 1992).

Duas importantes teorias da aprendizagem são o *behaviorismo* e a *teoria da aprendizagem social*.

Behaviorismo

O **behaviorismo** (ou comportamentalismo) é uma teoria mecanicista, a qual descreve o comportamento observado como uma resposta previsível à experiência. Embora a biologia estabeleça limites sobre o que as pessoas fazem, os behavioristas vêem o ambiente como algo muito mais influente. Eles sustentam que os seres humanos em todas as idades aprendem sobre o mundo da mesma forma que outros organismos: reagindo a condições ou a aspectos de seu ambiente que acham agradáveis, dolorosos ou ameaçadores. Os behavioristas procuram eventos que determinem se um determinado comportamento irá ou não se repetir. A pesquisa comportamental concentra-se na *aprendizagem associativa*, na qual se forma uma ligação mental entre dois fatos. Dois tipos de aprendizagem associativa são o *condicionamento clássico* e o *condicionamento operante*.

Condicionamento Clássico Ávido por registrar os momentos memoráveis de Anna em imagens, seu pai tirou fotografias dela ainda bebê, sorrindo, engatinhando e exibindo suas outras habilidades. Sempre que *oflash* disparava, Anna piscava. Certa vez, quando Anna tinha apenas 11 meses de vida, ela viu o pai levar a câmera até o olho... e acabou piscando *antes do flash*. Anna havia aprendido a associar a câmera à luz intensa, de modo que, naquela ocasião, a visão da câmera bastou para ativar seu reflexo de piscar.

O piscar de Anna é um exemplo de **condicionamento clássico**, no qual uma pessoa ou um animal aprende uma resposta reflexiva a um estímulo que originalmente não a provocava, depois que o estímulo é repetidamente associado a um outro que *provoca* a resposta.

Os princípios do condicionamento clássico foram desenvolvidos pelo fisiologista russo Ivan Pavlov (1849-1936), o qual criou experimentos em que os cães aprendiam a salivar quando ouviam uma sineta que tocava na hora da alimentação. O behaviorista norte-americano John B. Watson (1878-1958) aplicou as teorias de estímulo-resposta em crianças, afirmando que poderia moldar qualquer bebê do modo que desejasse. Em uma das primeiras e mais célebres demonstrações de condicionamento clássico em seres humanos (Watson e Rayner, 1920), ensinou um bebê de 11 meses, conhecido como "Albertinho", a temer objetos brancos peludos.

Neste estudo, Albert foi exposto a um ruído intenso quando estava prestes a acariciar um rato branco peludo. Assustado com o ruído, ele começou a chorar. Após repetidas associações do rato ao ruído intenso, Albert choramingava de medo sempre que via o rato. Embora a ética dessa pesquisa seja bastante questionável, o estudo realmente demonstrou que um bebê poderia ser condicionado a temer coisas que antes não temia.

Os críticos destes métodos, às vezes, associam o condicionamento ao controle do pensamento e à manipulação. Na verdade, como vimos no exemplo de Anna, o condicionamento clássico é uma forma natural de aprendizagem que ocorre mesmo sem intervenção. Ao aprenderem quais fatos ocorrem juntos, as crianças podem prever o que irá acontecer, e esse conhecimento torna o mundo delas um lugar mais organizado e previsível.

Condicionamento Operante Terrell está tranqüilamente deitado em seu berço. Quando ele sorri, sua mãe aproxima-se do berço e brinca com o bebê. Mais tarde, o pai faz a mesma coisa. A medida que a sequência se repete, Terrell aprende que algo que ele faz (sorrir) pode produzir algo de que ele gosta (atenção carinhosa dos pais); assim,

ele fica sorrindo para atrair a atenção dos pais. Um comportamento originalmente acidental (sorrir) tornou-se uma resposta condicionada.

Este tipo de aprendizagem é chamado de **condicionamento operante** porque o indivíduo aprende com as conseqüências de "operar" sobre o ambiente. O psicólogo norte-americano B. F. Skinner (1904-1990), o qual formulou os princípios do condicionamento operante, trabalhava principalmente com ratos e pombos, mas afirmava (1938) que os mesmos princípios aplicam-se aos seres humanos. Ele descobriu que um organismo terá a tendência de repetir uma resposta que foi reforçada e irá suprimir uma resposta que foi punida. O **reforço** é uma conseqüência do comportamento que aumenta a probabilidade de que o comportamento repita-se no caso de Terrell, a atenção dos pais reforça o sorriso dele. A **punição** é uma conseqüência do comportamento que *diminui* a probabilidade de repetição. Uma conseqüência será um reforço ou uma punição dependendo da pessoa. O que é reforço para uma pessoa pode ser punição para outra.

O reforço pode ser positivo ou negativo. O *reforço positivo* consiste em *dar* uma recompensa, como comida, troféu, dinheiro ou elogio - ou brincar com um bebê. O *reforço negativo* consiste em *tirar* alguma coisa da qual o indivíduo não gosta (conhecido como *evento aversivo*), como, por exemplo, um ruído intenso. O reforço negativo, às vezes, é confundido com punição. Entretanto, eles são diferentes. A punição suprime o comportamento, *ocasionando* um evento aversivo (como bater numa criança ou aplicar um choque elétrico em um animal) ou *retirando* um evento positivo (como assistir à televisão). O reforço negativo estimula a repetição de um comportamento pela *remoção* de um evento aversivo.

O reforço é mais eficaz quando segue um comportamento imediatamente. Se uma resposta não é mais reforçada, com o tempo irá retornar a seu nível original (linha de base). Isso se chama *extinção*. Se, depois de certo tempo, ninguém brinca com Terrell quando ele sorri, ele pode não parar de sorrir, mas sorrirá muito menos do que se seus sorrisos ainda trouxessem reforço.

A *modificação do comportamento*, ou terapia comportamental, é uma forma de condicionamento operante utilizada para eliminar um comportamento indesejável ou promover um comportamento positivo. Isso pode ser feito por *modelação*: reforçar respostas que sejam cada vez mais parecidas com a resposta desejada. A modificação do comportamento é particularmente eficaz entre crianças com necessidades especiais, tais como jovens com deficiências mentais ou emocionais.

Teoria da Aprendizagem Social (Sociocognitiva)

A **teoria da aprendizagem social** sustenta que as crianças, em especial, aprendem comportamentos sociais pela observação e imitação de modelos. O psicólogo norte-americano Albert Bandura (nascido em 1925) desenvolveu muitos dos princípios da teoria da aprendizagem social, também conhecida como *teoria sociocognitiva*, que hoje é mais influente do que o behaviorismo.

Diferentemente do behaviorismo, a teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977, 1989) vê o aprendiz como ativo. Enquanto os behavioristas consideram que o ambiente molda a pessoa, os teóricos da aprendizagem social acreditam que a pessoa também atua sobre o ambiente - na verdade, até certo ponto, *cria* o ambiente. Embora os teóricos da aprendizagem social, como os behavioristas, enfatizem a experimentação laboratorial, eles acreditam que as teorias baseadas na pesquisa com animais não podem explicar o comportamento humano. As pessoas aprendem em um contexto social, e a aprendizagem humana é mais complexa do que simples condicionamento. Os teóricos da aprendizagem social reconhecem a importância da cognição; vêem as respostas cognitivas às percepções, em vez de respostas basicamente automáticas ao reforço ou à punição, como centrais para o desenvolvimento. Assim, a teoria da aprendizagem social é uma ponte entre a teoria da aprendizagem clássica e a perspectiva cognitiva.

De particular importância na teoria da aprendizagem social é a observação e imitação de modelos. As pessoas adquirem novas capacidades através da **aprendizagem por observação ou vicária**, ou seja, observando os outros. Elas demonstram sua aprendizagem imitando o modelo, às vezes, quando o modelo não está mais presente. Segundo a teoria da aprendizagem social, a imitação de modelos é o elemento mais importante na

condicionamento operante

Tipo de aprendizagem em que uma pessoa tende a repetir um comportamento que foi reforçado ou cessar um comportamento que foi punido.

reforço

No condicionamento operante, é um estímulo experimentado depois de uma experiência, que aumenta a probabilidade de que o comportamento se repita.

punição

No condicionamento operante, é um estímulo experimentado após um comportamento, que diminui a probabilidade de que o comportamento se repita.



O psicólogo Albert Bandura é o principal partidário da teoria da aprendizagem social ou sociocognitiva, a qual enfatiza a aprendizagem através da observação e imitação. •»

teoria da aprendizagem social

Teoria proposta por Bandura de que os comportamentos são adquiridos pela observação e pela imitação de modelos; também chamada de *teoria sociocognitiva*.

aprendizagem por observação ou vicária

Na teoria da aprendizagem social, é a aprendizagem que ocorre observando o comportamento de outras pessoas.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar os principais interesses, pontos fracos e as principais virtudes da perspectiva da aprendizagem?
- ✓ Relacionar as etapas do condicionamento clássico e dar um exemplo?
- ✓ Dizer como o condicionamento operante difere do condicionamento clássico?
- ✓ Diferenciar reforço positivo, reforço negativo e punição e dar um exemplo de cada?
- ✓ Dizer como a modificação de comportamento funciona?
- ✓ Comparar o behaviorismo e a teoria da aprendizagem social (sociocognitiva)?
- ✓ Dar exemplos da aprendizagem social?

perspectiva humanista

Visão do desenvolvimento da personalidade que vê as pessoas como possuidoras da capacidade de promover seu próprio desenvolvimento positivo e saudável através das capacidades unicamente humanas de escolha, de criatividade e de auto-realização.

hierarquia de necessidades

Na terminologia de Maslow, ordem de classificação das necessidades que motivam o comportamento humano.

auto-realização

Na terminologia de Maslow, a mais alta na hierarquia de necessidades humanas (que só pode ser alcançada depois que outras necessidades forem satisfeitas): a necessidade de realizar plenamente nosso potencial.

forma como as crianças aprendem uma língua, lidam com a agressividade, desenvolvem um senso moral e aprendem comportamentos apropriados ao gênero. Entretanto, a aprendizagem por observação pode ocorrer mesmo que a criança não imite o comportamento observado.

As crianças promovem ativamente sua própria aprendizagem social escolhendo modelos para imitar. A escolha é influenciada pelas características do modelo, pela criança e pelo ambiente. Uma criança pode escolher um dos pais, e não o outro. Ou a criança pode escolher outro adulto (por exemplo, um professor, uma personalidade da televisão, um desportista ou um traficante de drogas) ou um amigo admirado, além de - ou em vez de - um dos pais.

O comportamento específico que as crianças imitam depende do que elas percebem que é valorizado em sua cultura. Se todos os professores na escola de Carlos são mulheres, ele provavelmente não imitará o comportamento delas, pois talvez o considere "indigno de homem". Entretanto, se ele conhecer um professor do sexo masculino de quem gosta, pode mudar de opinião sobre o valor dos professores como modelos.

Fatores cognitivos, como as capacidades de prestar atenção e de organizar mentalmente as informações dos sentidos, afetam o modo como as pessoas incorporam o comportamento observado ao seu comportamento pessoal. Processos cognitivos estão em ação quando as pessoas observam modelos, aprendem "partes" de comportamento e mentalmente reúnem as partes formando novos padrões de comportamento. Rita, por exemplo, imita o caminhar de sua professora de dança, mas modela seus passos de dança pelos de Carmem, uma aluna um pouco mais adiantada. Mesmo assim, desenvolve seu estilo próprio de dançar, reunindo suas observações e formando um novo padrão. O desenvolvimento da capacidade de utilizar símbolos mentais para o comportamento de um modelo permite que as crianças formem padrões para julgar seu próprio comportamento.

Perspectiva Humanista

A **perspectiva humanista** desenvolveu-se nos anos de 1950 e 1960 em reação ao que alguns psicólogos identificavam como crenças negativas sobre a natureza humana que subjazem as teorias psicanalítica e behaviorista. Os psicólogos humanistas, como Abraham Maslow e Carl Rogers, rejeitam a idéia de que as pessoas são basicamente prisioneiras de suas primeiras experiências inconscientes, de impulsos instintuais ou de forças ambientais. Diferentemente de Freud, o qual pensava que a personalidade define-se no início da infância, ou dos behavioristas, que pensam que as pessoas reagem automaticamente aos fatos, os pensadores humanistas enfatizam a capacidade que as pessoas têm - independentemente de sua idade ou das circunstâncias - de tomar conta de suas vidas.

Os psicólogos humanistas dão especial atenção a fatores internos na personalidade: sentimentos, valores e esperanças. Eles procuram ajudar as pessoas a promover seu próprio desenvolvimento através das capacidades caracteristicamente humanas de escolha, criatividade e auto-realização. Eles salientam o potencial para um desenvolvimento positivo e saudável; qualquer característica negativa, dizem eles, são consequência de danos infligidos à pessoa em desenvolvimento.

Maslow (1908-1970) identificou uma **hierarquia de necessidades**: uma ordem de classificação das necessidades que motivam o comportamento humano (ver Figura 2-1). Segundo Maslow (1954), as pessoas só podem empenhar-se para atender necessidades superiores depois que satisfizeram necessidades básicas. A necessidade mais básica é a sobrevivência fisiológica. Pessoas famintas correm grandes riscos para obter alimento; somente depois de obtê-lo podem preocupar-se com o próximo nível de necessidades, aquelas referentes à segurança pessoal. Essas necessidades, por sua vez, precisam estar substancialmente satisfeitas para que as pessoas possam livremente buscar amor e aceitação, estima e realização e, por fim, **auto-realização**, a plena realização do potencial.

As pessoas auto-realizadas, disse Maslow (1968), possuem uma aguçada percepção da realidade, aceitam a si mesmas e aos outros e apreciam a natureza. São espontâneas, altamente criativas, autodirigidas e boas na resolução de problemas. Elas têm relacionamentos gratificantes, embora também sintam necessidade de privacidade. Possuem uma forte compreensão de valores e um caráter não-autoritário. Respondem à experiência com renovada apreciação e muita emoção. A maioria delas tem experiências místicas ou espirituais profundas, chamadas de *experiências culminantes*, que podem trazer um sentimento de autotranscendência ou integração com algo além de si mesmo.

**Figura 2-1**

Hierarquia de necessidades de Maslow. Segundo Maslow, as necessidades humanas possuem diferentes prioridades. À medida que as necessidades de cada nível são atendidas, uma pessoa pode olhar para as necessidades do nível superior seguinte.

(Fonte: Maslow, 1954.)

Ninguém chega a ser totalmente auto-realizado; uma pessoa saudável está constantemente ascendendo a níveis mais satisfatórios.

A hierarquia de necessidades de Maslow parece fundamentada na experiência humana, mas nem sempre ela se confirma. A história está repleta de relatos de auto-sacrifício, em que pessoas abriram mão do que precisavam para sobreviver para que outra pessoa (um ente querido ou mesmo um estranho) pudesse viver.

Apesar disso, teorias humanistas, como a de Maslow, fizeram uma contribuição valiosa pela promoção de abordagens, tanto na educação dos filhos como no auto-aperfeiçoamento adulto, que respeitam a singularidade do indivíduo. Suas limitações como teorias científicas estão muito relacionadas com a subjetividade; seus conceitos não são claramente definidos e por isso são difíceis de testar.

Perspectiva Cognitiva

A **perspectiva cognitiva** preocupa-se com os processos de pensamento e com o comportamento que reflete tais processos. Essa perspectiva abrange tanto as teorias organizmismas como as de influência mecanicista. Ela inclui a teoria de estágios cognitivos de Piaget, a abordagem de processamento de informações, mais recente, e as teorias neopiagetianas, que mesclam elementos de ambas. Ela também inclui os esforços contemporâneos para aplicar as descobertas da pesquisa cerebral ao entendimento dos processos cognitivos.

Teoria dos Estágios Cognitivos de Jean Piaget

Muito do que sabemos sobre como as crianças pensam deve-se ao teórico suíço Jean Piaget (1896-1980). Piaget foi o precursor da "revolução cognitiva" da atualidade com sua ênfase nos processos mentais. Piaget tinha uma visão organizmista das crianças, considerando-as seres ativos em crescimento, com seus próprios impulsos internos e padrões de desenvolvimento. Ele via o desenvolvimento cognitivo como produto dos esforços das crianças para compreender e atuar sobre seu mundo.

O *método clínico* de Piaget combinava observação com questionamento flexível. Para descobrir como as crianças pensam, Piaget seguia suas respostas com mais perguntas. Assim, ele descobriu que uma criança típica de quatro anos acreditava que moedas ou flores eram mais numerosos quando dispostos em fila do que quando amontoados ou empilhados. A partir da observação de seus próprios filhos e de outras

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar os interesses e pressupostos centrais da perspectiva humanista?
- ✓ Explicar a hierarquia de necessidades de Maslow?
- ✓ Enunciar as contribuições e as limitações das teorias humanista?

perspectiva cognitiva

Visão do desenvolvimento que se preocupa com os processos de pensamento e com o comportamento que reflete tais processos.



O psicólogo suíço Jean Piaget estudou o desenvolvimento cognitivo das crianças observando e conversando com seus próprios filhos e com outras crianças.

crianças, Piaget criou uma teoria abrangente do desenvolvimento cognitivo.

Piaget acreditava que o desenvolvimento cognitivo inicia com uma capacidade inata de se adaptar ao ambiente. Ao buscar um mamilo, tocar um seio ou explorar os limites de um aposento, as crianças pequenas desenvolvem uma idéia mais precisa de seu ambiente e uma maior competência para lidar com ele.

Para Piaget, o desenvolvimento cognitivo ocorre em uma série de estágios qualitativamente diferentes (listados na Tabela 2-2 e discutidos detalhadamente nos capítulos posteriores). Em cada estágio, a mente da criança desenvolve um novo modo de operar. Da infância à adolescência, as operações mentais evoluem da aprendizagem baseada na simples atividade sensório-motora ao pensamento lógico-abstrato. Esse desenvolvimento gradual ocorre através de três princípios inter-relacionados: *organização*, *adaptação* e *equilibração*.

Organização é a tendência de criar estruturas cognitivas cada vez mais complexas: sistemas de conhecimento ou modos de pensar que incorporam imagens cada vez mais precisas da realidade. Essas estruturas, chamadas **esque-**

mas, são padrões organizados de comportamento que uma pessoa utiliza para pensar e agir em uma situação. A medida que as crianças adquirem mais informações, os esquemas tornam-se cada vez mais complexos. Um bebê tem um esquema simples para sugar, mas logo desenvolve esquemas diferentes para sugar um seio, uma mamadeira ou o polegar. Inicialmente, os esquemas para olhar e pegar operam de maneira independente. Posteriormente, os bebês integram esses esquemas separados em um único esquema que lhes permite olhar um objeto enquanto o seguram com a mão.

Adaptação é o termo utilizado por Piaget para descrever como uma criança lida com novas informações que parecem conflitar com o que ela já sabe. A adaptação envolve duas etapas: (1) **assimilação**, que é receber informações e incorporá-las às estruturas cognitivas existentes, e (2) **acomodação**, que é mudar nossas estruturas cognitivas para incluir novo conhecimento. A **equilibração** - um esforço constante para manter um balanço ou equilíbrio estável - determina a mudança da assimilação para a acomodação. Quando as crianças não conseguem lidar com novas experiências dentro de suas estruturas existentes, organizam novos padrões mentais que integram a nova experiência, assim restaurando o equilíbrio. Um bebê que está acostumado a mamar no seio ou na mamadeira e que começa a sugar o bico do canudo de uma caneca para bebês está demonstrando assimilação - utilizando um esquema já existente para lidar com um novo objeto ou com uma nova situação. Quando o bebê descobre que para beber de canudo são necessários movimentos da língua e da boca um pouco diferentes daqueles utilizados para sugar o seio ou a mamadeira, ele se ajusta pela modificação do esquema anterior. Ele "acomoda" seu esquema de sugação para lidar com uma nova experiência: a caneca. Assim, assimilação e acomodação operam juntas para produzir equilíbrio e crescimento cognitivo.

As cuidadosas observações de Piaget produziram um grande volume de informações, incluindo algumas descobertas surpreendentes. Quem, por exemplo, teria pensado que só depois dos 7 anos as crianças se dão conta de que uma bola de argila que foi transformada em uma "salsicha" diante de seus olhos ainda contém a mesma quantidade de argila? Ou que um bebê poderia pensar que uma pessoa que saiu de seu campo de visão pode não existir mais? Piaget mostrou-nos que as mentes das crianças não são miniaturas das mentes dos adultos. Compreender como as crianças pensam faz com que seja mais fácil para pais e professores ensiná-las.

Mas, como discutiremos nos Capítulos 5 e 7, Piaget subestimou em muito as capacidades de bebês e crianças pequenas. Alguns psicólogos contemporâneos questio-

organização

Na terminologia de Piaget, é a integração do conhecimento a um sistema para compreender o ambiente.

esquemas

Na terminologia de Piaget, são as estruturas cognitivas básicas que consistem em padrões organizados de comportamentos utilizados em diferentes tipos de situações.

adaptação

Na terminologia de Piaget, é o ajustamento a novas informações sobre o ambiente através dos processos complementares de assimilação e acomodação.

assimilação

Na terminologia de Piaget, é a incorporação de novas informações a uma estrutura cognitiva já existente.

acomodação

Na terminologia de Piaget, são as mudanças em uma estrutura cognitiva existente para incluir novas informações.

equilibração

Na terminologia de Piaget, é a tendência de tentar atingir um equilíbrio entre elementos cognitivos dentro do organismo e entre ele e o mundo exterior.

nam os estágios claramente demarcados de Piaget; eles apontam para evidências de que o desenvolvimento cognitivo é mais gradual e contínuo (Flavell, 1992). Além disso, pesquisas iniciadas no final dos anos de 1960 contestaram a idéia básica de Piaget de que o pensar das crianças desenvolve-se em um única progressão universal que conduz ao pensamento formal. Em vez disso, os processos cognitivos das crianças parecem intimamente aliados a um conteúdo específico (*sobre o que* estão pensando), bem como ao contexto de um problema e os tipos de informações e pensamento que uma cultura considera importante (Case e Okamoto, 1996). Finalmente, a pesquisa sobre cognição adulta sugere que a concentração de Piaget na lógica formal como ápice do desenvolvimento cognitivo é estreita demais. Ela não explica a emergência de capacidades maduras, como a resolução prática de problemas, a sabedoria e a capacidade de lidar com situações ambíguas e verdades concorrentes.

A Abordagem do Processamento de Informações

A nova **abordagem do processamento de informações** procura explicar o desenvolvimento cognitivo pela observação e análise dos processos mentais envolvidos na percepção e no manuseio da informação. Os cientistas que utilizam essa abordagem estudam como as pessoas adquirem, lembram e utilizam a informação através da manipulação de símbolos ou imagens mentais. A abordagem de processamento de informações não é uma teoria única, e sim uma estrutura ou um conjunto de pressupostos, que subjazem uma ampla gama de teorias e pesquisas.

Os teóricos do processamento de informações comparam o cérebro a um computador. As impressões sensoriais entram; o comportamento sai. Mas o que acontece nesse ínterim? Como o cérebro transforma sensação e percepção (de um rosto desconhecido, por exemplo) em informação utilizável (a capacidade de reconhecer esse rosto)?

Os pesquisadores do processamento de informações inferem o que ocorre na mente. Por exemplo, eles podem pedir a uma criança que recorde uma lista de palavras e então observam alguma diferença de desempenho se a criança repete a lista repetidas vezes antes de pedir-se a ela que recorde as palavras. Através de estudos desse tipo, os pesquisadores do processamento de informações desenvolveram *modelos computacionais* ou fluxogramas que analisam as etapas específicas pelas quais o cérebro parece passar na reunião, no armazenamento, na recuperação e na utilização da informação.

A despeito do uso do modelo de computador "passivo", os teóricos do processamento de informações consideram que as pessoas são pensadores ativos sobre seu mundo. Diferentemente de Piaget, eles, em geral, não propõem estágios de desenvolvimento, embora não deixem de assinalar aumentos relacionados com a idade na velocidade, complexidade e eficiência do processamento mental, no volume e na variedade de material que pode ser armazenado na memória.

A abordagem do processamento de informações oferece um modo valioso de reunir informações sobre o desenvolvimento da memória e sobre outros processos cognitivos. Ela tem pelo menos três aplicações práticas. Primeiro, ela permite aos pesquisadores estimar a futura inteligência de um bebê a partir da eficiência da percepção e do processamento sensorio. Segundo, pela compreensão de como as crianças obtêm, recordam e utilizam as informações, pais e professores podem ajudá-las a melhor conhecer seus próprios processos mentais e suas estratégias para aperfeiçoá-los. Finalmente, os psicólogos podem utilizar os modelos de processamento de informações para testar, diagnosticar e tratar problemas de aprendizagem. Pela identificação da dificuldade no sistema de processamento de informações, podem dizer se a dificuldade está na visão ou na audição, atenção ou memorização da informação (Thomas, 1996).

Teorias Neopiagetianas

Durante a década de 1980, em resposta às críticas à teoria de Piaget, psicólogos do desenvolvimento neopiagetianos começaram a incorporar alguns elementos da teoria de Piaget à abordagem de processamento de informações. Em vez de descrever um único sistema geral de operações mentais cada vez mais lógicas, os neopiagetianos concentram-se em conceitos, estratégias e habilidades *específicas*. Eles acreditam que as crianças desenvolvem-se cognitivamente ao se tornarem mais eficientes no processamento de informações. Segundo Robbie Case (1985, 1992), existe um limite para a quantidade de informações que uma criança é capaz de manter na mente. Praticando uma habilidade, como contar ou ler, a criança pode tornar-se mais rápida e mais proficiente, liberando "espaço"

abordagem do processamento de informações

É a abordagem de estudo do desenvolvimento cognitivo pela observação e análise dos processos mentais envolvidos na percepção e no manuseio da informação.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Contrastar os pressupostos e métodos de Piaget com os da teoria da aprendizagem clássica e da abordagem de processamento de informações?
- ✓ Listar três princípios inter-relacionados que ocasionam desenvolvimento cognitivo, segundo Piaget, e dar um exemplo de cada um?
- ✓ Enunciar as contribuições e críticas à teoria de Piaget?
- ✓ Descrever o que os pesquisadores do processamento de informações fazem e descrever três possíveis modos de aplicar essa pesquisa?
- ✓ Explicar como a teoria de Case utiliza tanto a abordagem de Piaget como a abordagem de processamento de informações?
- ✓ Explicar como a pesquisa sobre o cérebro pode contribuir para a compreensão dos processos cognitivos?

abordagem da neurociência cognitiva

É a abordagem para o estudo do desenvolvimento cognitivo que liga os processos cerebrais aos processos cognitivos.

perspectiva etológica

Visão do desenvolvimento humano que se concentra nas bases biológicas e evolucionistas do comportamento.

mental para informações adicionais e resolução de problemas mais complexos. A maturação dos processos neurológicos também expande a capacidade de memória disponível.

Recentemente, Case (Case e Okamoto, 1996) testaram um modelo que modifica a idéia de estruturas cognitivas de Piaget. Diferentemente das estruturas *operatórias* de Piaget, como as operações concretas e formais, que se aplicam a qualquer campo do pensamento, as estruturas de Case são *conceituais* dentro de domínios específicos, como números, compreensão de histórias e relações espaciais. No modelo de Case, as crianças, quando adquirem conhecimento, passam por estágios em que suas estruturas conceituais tornam-se mais complexas, mais bem coordenadas e multidimensionais. Por exemplo, a compreensão de uma criança de conceitos espaciais começa com o reconhecimento da forma dos objetos, avança para a noção de seu tamanho e localização relativa e depois para uma compreensão da perspectiva.

A abordagem neopiagetiana é um esforço promissor para explicar os processos pelos quais ocorrem mudanças qualitativas na cognição e limitações da aprendizagem em qualquer estágio. Por sua ênfase à eficiência de processamento, ajuda a explicar as diferenças individuais de capacidade cognitiva e o desenvolvimento desigual em diferentes domínios.

A Abordagem da Neurociência Cognitiva

Na maior parte da história da psicologia, teóricos e pesquisadores estudaram processos cognitivos sem considerar os mecanismos físicos do cérebro em que esses processos ocorrem. Hoje, quando novos instrumentos tornam possível ver o cérebro em ação, os partidários da **abordagem da neurociência cognitiva** afirmam que uma compreensão precisa do funcionamento cognitivo deve ser relacionada aos processos que ocorrem no cérebro.

A pesquisa cerebral apóia importantes aspectos dos modelos de processamento de informações, como a existência de estruturas separadas para manejar a memória consciente e inconsciente. A pesquisa neurológica também pode lançar luz sobre questões como se a inteligência é geral ou especializada e o que influencia a prontidão de uma criança pequena para a aprendizagem formal (Byrnes e Fox, 1998).

Perspectiva Etológica

A **perspectiva etológica** concentra-se nas bases biológicas e evolucionistas do comportamento. Ela vai além do valor adaptativo imediato que um comportamento tem para o indivíduo a fim de examinar sua função na promoção da sobrevivência do grupo ou da espécie.

Na década de 1930, dois zoólogos europeus, Konrad Lorenz e Niko Tinbergen, desenvolveram a disciplina científica da *etologia*, o estudo do comportamento de espécies animais mediante sua observação, geralmente em seu ambiente natural. Nos anos de 1950, o psicólogo John Bowlby estendeu os princípios etológicos ao desenvolvimento humano.

Os etologistas acreditam que, para cada espécie, uma variedade de comportamentos inatos/específicos a cada espécie, foram desenvolvidos para aumentar suas chances de sobrevivência. Os etologistas fazem pesquisas comparativas para identificar quais comportamentos são universais e quais são específicos a uma determinada espécie ou são modificados pela cultura. Eles também identificam comportamentos que são adaptativos em diferentes períodos do tempo de vida; por exemplo, um bebê precisa ficar perto da mãe, mas para uma criança mais velha, a exploração mais independente é importante. (O Quadro 2-1 discute mais profundamente o valor adaptativo da imaturidade sob uma perspectiva evolucionista.)

Bowlby (1951) estava convencido da importância do vínculo entre mãe e bebê e desaconselhava a separação dos dois sem oferecer um substituto de boa qualidade. Sua convicção provinha em parte do exame de estudos ecológicos sobre a formação de vínculos entre animais e também de sua experiência com crianças perturbadas em uma clínica psicanalítica em Londres. Mary Ainsworth, originalmente colega mais jovem de Bowlby, estudou bebês africanos e norte-americanos e criou a hoje conhecida "Situação Estranha" (ver Capítulo 6) para medir o apego aos pais. A pesquisa sobre apego baseia-se na idéia de que o bebê e o genitor são biologicamente predispostos a se apegarem um ao outro e que esse apego promove a sobrevivência do bebê.

Até o momento, a abordagem etológica tem sido aplicada principalmente a algumas questões de desenvolvimento específicas, como apego, dominância e agressividade.

de entre amigos e habilidades de resolução de problemas do dia-a-dia. Ela aponta para o valor da observação cuidadosa das crianças em seu ambiente natural. Seus métodos podem ser frutiferamente combinados com outras técnicas, como o questionamento verbal (P. H. Miller, 1993).

Perspectiva Contextual

Segundo a **perspectiva contextual**, o desenvolvimento só pode ser compreendido em seu contexto social. Os contextualistas vêem o indivíduo não como uma entidade separada que interage com o ambiente, mas como uma parte inseparável dele. (A abordagem do desenvolvimento no ciclo vital de Baltes, apresentada no Capítulo 1, é fortemente influenciada pelo pensamento contextual.)

A Teoria Bioecológica de Urie Bronfenbrenner

A atualmente influente **teoria bioecológica** do psicólogo norte-americano Urie Bronfenbrenner (1979, 1986, 1994; Bronfenbrenner e Moris, 1998) descreve a gama de influências em interação que afetam o desenvolvimento de uma pessoa. Todo organismo biológico desenvolve-se dentro do contexto dos sistemas ecológicos que favorecem ou prejudicam seu crescimento. Assim como precisamos compreender a ecologia do oceano ou da floresta se quisermos compreender o desenvolvimento de um peixe ou de um

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

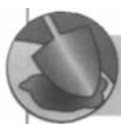
- ✓ Identificar a principal preocupação e os pressupostos da perspectiva etológica?
- ✓ Dizer que tipos de tópicos os pesquisadores etológicos estudam e assinalar os usos de seus métodos?

perspectiva contextual

Visão do desenvolvimento que vê o indivíduo como inseparável do contexto social.

teoria bioecológica

É a abordagem de Bronfenbrenner para a compreensão dos processos e dos contextos do desenvolvimento.



Aperfeiçoando o Conhecimento

Quadro 2-1

O Valor Adaptativo da Imaturidade

Em comparação com outros animais e até com outros primatas, os seres humanos levam muito tempo para crescer. Por exemplo, os chimpanzés levam cerca de oito anos para atingir a maturidade reprodutiva, os macacos *Rhesus*, cerca de 4 anos, e lêmures, apenas cerca de 2 anos. Os seres humanos, em contraste, só amadurecem fisicamente depois do início da adolescência e, pelo menos nas sociedades industrializadas modernas, normalmente atingem a maturidade cognitiva e psicossocial ainda mais tarde.

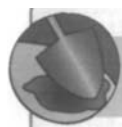
Do ponto de vista da teoria evolucionista darwiniana, este prolongado período de imaturidade é essencial para a sobrevivência e para o bem-estar da espécie. Os seres humanos, mais do que quaisquer outros animais, vivem de sua inteligência. As comunidades e as culturas humanas são altamente complexas, e existe muito a aprender. A infância prolongada serve de preparação essencial para a idade adulta.

Além de seu valor a longo prazo, alguns aspectos da imaturidade (discutidos com mais pormenores posteriormente neste livro) cumprem propósitos adaptativos imediatos. Por exemplo, alguns reflexos primitivos, como o de mover a cabeça em busca do mamilo, protegem o recém-nascido e desaparecem quando não são mais necessários. O desenvolvimento do cérebro humano, a despeito de seu rápido crescimento pré-natal, é muito menos completo no nascimento do que o dos cérebros de outros primatas; se o cérebro do feto alcançasse plenamente o tamanho humano antes do nascimento, sua cabeça seria muito grande para passar pelo canal de parto. Em vez disso, o cérebro humano continua crescendo durante toda a infância e, com o tempo, ultrapassa em muito os cérebros de nossos primos símios nas capacidades para linguagem e pensamento.

O desenvolvimento mais lento do cérebro humano lhe proporciona maior flexibilidade ou *plasticidade*, uma vez que nem todas as conexões estão permanentemente definidas em idade precoce. "Essa flexibilidade comportamental e cognitiva talvez seja a maior vantagem adaptativa da espécie humana" (Bjorklund, 1997, p. 157). Ela ajuda a explicar a resiliência de crianças que foram vítimas de guerra, desnutrição ou abuso que conseguem superar os efeitos da privação ambiental inicial.



Sob uma perspectiva evolucionista, o prolongado período de imaturidade conhecido como *infância* permite aos seres humanos desenvolver habilidades adaptativas. Uma maneira importante de isso acontecer é brincar de "faz-de-conta". Esta menina, brincando de "médica" com seu ursinho de pelúcia, está desenvolvendo a imaginação e experimentando papéis sociais.



O prologado período de imaturidade e dependência durante a infância permite que as crianças passem grande parte do tempo brincando; como sustentava Piaget, é sobretudo brincando que ocorre o desenvolvimento cognitivo. O brincar também permite que as crianças desenvolvam habilidades motoras e experimentem papéis sociais. É um veículo para a imaginação criativa e para a curiosidade intelectual, por excelência, as marcas do espírito humano.

A pesquisa com animais sugere que a imaturidade do funcionamento sensorio-motor inicial pode proteger os bebês do excesso de estimulação. Ao limitar a quantidade de informações com a qual precisam lidar, ela pode ajudá-los a dar sentido a seu mundo e concentrar-se nas experiências essenciais à sobrevivência, como alimentação e apego à mãe. Posteriormente, a limitada capacidade de memória dos bebês pode simplificar o processamento dos sons linguísticos e assim facilitar o aprendizado inicial da linguagem.

As diferentes taxas de desenvolvimento dos diversos sentidos podem minimizar a concorrência entre eles. Em muitas espécies, o sentido da visão é o último a se desenvolver. Estudos constataram que a estimulação visual prematura pode prejudicar a capacidade olfativa de ratos recém-nascidos (Kenny e Turkewitz, 1986); filhotes de codorna que receberam estimulação visual pré-natal não são capazes de distinguir o chamado da mãe de outra codorna (Lickliter e Hellewell, 1992). Por outro lado, muitas pesquisas apoiam o valor da estimulação sensorial precoce para bebês humanos. Os estudos com animais mencionados acima apenas alertam que tal estimulação deve permanecer dentro da faixa normal, e que uma estimulação extraordinária pode ter efeitos negativos não-premeditados.

Limitações no pensamento das crianças pequenas podem ter valor adaptativo. Por exemplo, Piaget observou que as crianças pequenas são *egocêntricas*; elas ten-

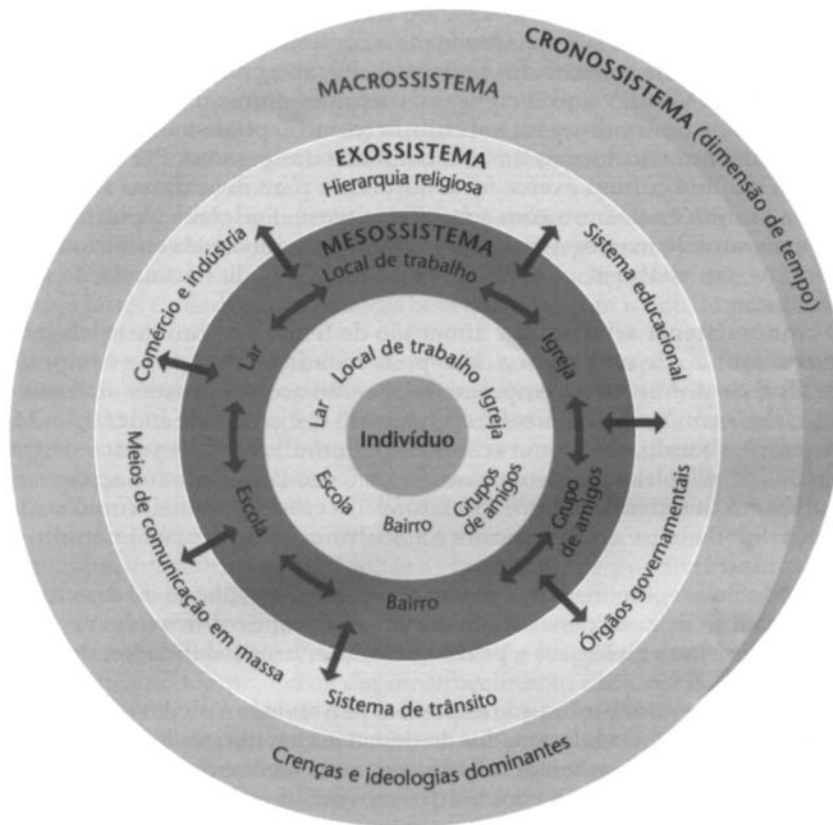
dem a ver as coisas sob seu ponto de vista pessoal. Algumas pesquisas sugerem que a tendência para o egocentrismo pode, na realidade, ajudar as crianças a aprender. Em um estudo (Ratner e Foley, 1997), crianças de 5 anos se revezaram com um adulto na distribuição da mobília em uma casa de bonecas. Em um grupo-controle, o adulto já havia colocado a metade dos móveis, e as crianças deviam colocar a outra metade. Quando interrogadas posteriormente, as crianças que haviam se revezado com o adulto eram mais inclinadas do que as do grupo-controle a afirmar que haviam colocado os móveis que, na verdade, o adulto colocara, mas elas também lembravam-se melhor da tarefa e eram mais capazes de repeti-la. É possível que uma tendenciosidade do tipo "eu que fiz!" ajude as crianças pequenas a recordar por evitar a necessidade de distinguir suas próprias ações das ações dos outros. As crianças pequenas também tendem a ser irrealistas em sua avaliação de suas capacidades, acreditando que podem fazer mais do que realmente são capazes. Essa imaturidade no juízo de si mesmo pode ser benéfica no sentido de que incentiva as crianças a fazer novas coisas e reduz seu medo de fracassar.

De modo geral, a teoria e a pesquisa evolucionista sugerem que a imaturidade não equivale necessariamente à deficiência, e que alguns atributos da infância persistiram porque são apropriados às tarefas de uma determinada época da vida. Isso não significa, evidentemente, que *todo* comportamento inicial é adaptativo, ou que as crianças devem ser "mimadas" indefinidamente; "a maturidade ainda é o objetivo do desenvolvimento" (Bjorklund, 1997, p. 157). O que isso realmente significa é que cada fase de desenvolvimento merece respeito e compreensão por seu próprio mérito, e não apenas como um caminho para uma fase posterior.

Fonte: Bjorklund, 1997.

fóssil, precisamos compreender a ecologia do ambiente humano se quisermos compreender como as pessoas desenvolvem-se.

Segundo Bronfenbrenner, o desenvolvimento ocorre por meio de processos cada vez mais complexos de interação regular, ativa e bidirecional entre uma pessoa em desenvolvimento e o ambiente cotidiano imediato - processos que são influenciados por contextos mais remotos dos quais a pessoa pode nem ter consciência. Para entender esses processos, precisamos estudar os múltiplos contextos em que eles ocorrem. Eles começam com o lar, com a sala de aula, com o local de trabalho e com o bairro; ligam-se externamente com as instituições da sociedade, como os sistemas de educação e transporte; finalmente abrangem os padrões culturais e históricos que afetam a família, a escola e praticamente tudo o mais na vida de uma pessoa. Bronfenbrenner identifica cinco sistemas contextuais interligados, dos mais íntimos aos mais amplos: *microsistema*, *mesossistema*, *exossistema*, *macrossistema* e *cronossistema* (ver Figura 2-2). Embora separemos os diversos níveis de influência para propósitos ilustrativos, na realidade, eles interagem constantemente.

**Figura 2-2**

Teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. Os círculos concêntricos mostram cinco níveis de influência ambiental, do ambiente mais íntimo (círculo mais interno) até o mais amplo - todos dentro da dimensão de tempo. Os círculos formam um conjunto de influências aninhadas, como caixas que se encaixam umas nas outras, envolvendo a pessoa em desenvolvimento. A figura mostra o que veríamos se cortássemos as "caixas" encaixadas ao meio e olhássemos para dentro. Não esqueça que os limites entre as "caixas" são flexíveis, e que as "caixas" são interligadas.

(Fonte: Adaptado de Cole e Cole, 1989.)

Um microsistema é um padrão de atividades, papéis e relacionamentos em um ambiente, como lar, escola, local de trabalho ou bairro, onde uma pessoa funciona de maneira direta e cotidiana. É através do microsistema que influências mais distantes, como instituições sociais e valores culturais, alcançam a pessoa em desenvolvimento.

Um microsistema envolve relacionamentos pessoais de contato direto, e influências bidirecionais fluem de uma pessoa para a outra. Como, por exemplo, um novo bebê afeta a vida dos pais? Como os sentimentos e as atitudes deles afetam o bebê? Observando a família como um sistema funcional, os pesquisadores constataram algumas surpresas, como, por exemplo, o grau em que o ambiente dos irmãos difere dentro do mesmo lar (ver Capítulo 3). O local de trabalho de uma pessoa é outro microsistema importante. Como o tratamento que o empregador dispensa aos funcionários influencia na produtividade deles, e como a produtividade deles influencia no modo como o empregador trata-os?

Um mesossistema é a interação de dois ou mais microsistemas que envolvem a pessoa em desenvolvimento. Ele pode incluir ligações entre o lar e a escola (como reuniões entre pais e professores), entre o lar e o local de trabalho (como conflitos entre responsabilidades parentais e profissionais) ou entre a família e o grupo de amigos. A atenção aos mesossistemas pode alertar-nos para diferenças nos modos como uma mesma pessoa age em diferentes ambientes. Por exemplo, uma criança que consegue fazer o dever de casa satisfatoriamente pode ficar muda quando indagada sobre ele em aula.

Um exossistema, assim como um mesossistema, consiste de ligações entre dois ou mais ambientes; no entanto, diferentemente de um mesossistema, em um exossistema, pelo menos um desses ambientes *não* contém a pessoa em desenvolvimento, assim afetando-a apenas indiretamente. As influências do exossistema sobre o desenvolvimento das crianças incluem o local de trabalho dos pais e as redes sociais deles. Um homem frustrado no emprego pode maltratar o filho. Uma mulher cujo empre-

microsistema

Na terminologia de Bronfenbrenner, é um ambiente em que uma pessoa interage bidirecionalmente com os outros de forma direta e cotidiana.

mesossistema

Na terminologia de Bronfenbrenner, é um sistema de ligações entre dois ou mais ambientes dos quais uma pessoa faz parte.

exossistema

Na terminologia de Bronfenbrenner, é um sistema de ligações entre dois ou mais ambientes, um dos quais não contém a pessoa em desenvolvimento.

macrossistema

Na terminologia de Bronfenbrenner, é o sistema de padrões culturais gerais que abarca todos os microsistemas, mesossistemas e exossistemas da sociedade.

cronossistema

Na terminologia de Bronfenbrenner, é um sistema que mostra os efeitos do tempo no microsistema, mesossistema, exossistema e macrossistema.



Segundo o psicólogo russo Lev Semenovich Vygotsky, as crianças aprendem através da interação social.

teoria sociocultural

A teoria de Vygotsky, que analisa como práticas culturais específicas, especialmente a interação social com adultos, influenciam o desenvolvimento das crianças.

zona de desenvolvimento proximal (ZDP)

Termo utilizado por Vygotsky para a diferença entre o que uma criança pode fazer sozinha e o que ela pode fazer com auxílio.

gador incentiva a amamentação no seio, oferecendo bombas e equipamento para armazenagem de leite, pode ser mais inclinada a continuar amamentando seu bebê.

O **macrossistema** consiste dos padrões culturais gerais, como aqueles estudados por Margaret Mead: valores, crenças e costumes dominantes e sistemas econômicos e sociais de uma cultura ou subcultura (como capitalismo e socialismo), que se infiltram de inúmeras formas na vida cotidiana das pessoas. Por exemplo, o macrossistema de uma cultura exerce forte influência para determinar se uma pessoa vive com a família nuclear ou com a família extensa. Podemos identificar uma influência mais sutil do macrossistema nos valores individualistas enfatizados nos Estados Unidos, em contraste com o valor predominante da harmonia do grupo na cultura chinesa.

O **cronossistema** acrescenta a dimensão de tempo: o grau de estabilidade ou variação no mundo de uma pessoa. Isso pode incluir mudanças na composição da família, local de domicílio ou emprego, bem como acontecimentos maiores, como guerras, ciclos econômicos (consulte o Quadro 1-1) e ondas de imigração. Mudanças nos padrões familiares (como o aumento de mulheres nos postos de trabalho nas sociedades industriais ocidentais e o declínio dos lares de família extensa em alguns países em desenvolvimento) são fatores do cronossistema. Como o são também a mobilidade entre classes sociais e a aculturação de grupos imigrantes (consulte o Capítulo 1).

Segundo Bronfenbrenner, uma pessoa não é apenas resultado do desenvolvimento, mas formadora dele. As pessoas influenciam seu próprio desenvolvimento através de suas características biológicas e psicológicas, talentos e habilidades, deficiências e temperamento.

Bronfenbrenner nos lembra que as pessoas não se desenvolvem isoladamente. Ao salientar os contextos inter-relacionados do desenvolvimento e as influências sobre ele, a teoria de Bronfenbrenner oferece uma chave para a análise dos processos de desenvolvimento que subjazem fenômenos tão diversos quanto comportamento anti-social e desempenho acadêmico. Ao mesmo tempo, a teoria chama atenção para a complexidade de estudar e descrever tais influências e processos.

A Teoria Sociocultural de Lev Vygotsky

O psicólogo russo Lev Semenovich Vygotsky (1896-1934) foi um proeminente propoente da perspectiva contextual, especialmente em sua aplicação ao desenvolvimento cognitivo das crianças.

Em contraste com Bronfenbrenner, para o qual os sistemas contextuais centram-se na pessoa individual, o foco central de Vygotsky é o complexo social, cultural e histórico do qual uma criança faz parte. Para compreender o desenvolvimento cognitivo, dizia ele, é preciso olhar para os processos sociais de onde se origina o pensamento de uma criança.

A **teoria sociocultural** de Vygotsky (1978), como a teoria piagetiana de desenvolvimento cognitivo, enfatiza o envolvimento ativo das crianças com seu ambiente. Mas, enquanto Piaget descrevia uma mente desacompanhada absorvendo e interpretando informações sobre o mundo, Vygotsky via o crescimento cognitivo como um processo *cooperativo*. Segundo Vygotsky, as crianças aprendem através da interação social. Elas adquirem habilidades cognitivas como parte de sua indução a um modo de vida. As atividades compartilhadas ajudam as crianças a internalizar os modos de pensamento e comportamento de suas sociedades e a torná-los seus.

De acordo com Vygotsky, os adultos (ou pares mais desenvolvidos) devem ajudar a dirigir e organizar a aprendizagem de uma criança até que ela possa aprender e internalizar o aprendizado. Essa orientação é muito eficaz para ajudar as crianças a atravessarem a **zona de desenvolvimento proximal (ZDP)**, a lacuna entre o que elas já são capazes de fazer e o que não estão totalmente prontas para fazer sozinhas. As crianças na ZDP para uma determinada tarefa quase podem realizá-la sozinhas, mas não totalmente. Com a orientação correta, entretanto, elas podem realizá-la com êxito. Durante o trabalho em conjunto, a responsabilidade pela direção e pelo monitoramento da aprendizagem gradualmente passa para a criança.

Um princípio semelhante aplica-se ao se ensinar uma criança a boiar. Primeiro o instrutor segura a criança na água, soltando-a pouco a pouco à medida que ela relaxa o

corpo e adquire uma posição horizontal. Quando a criança parece pronta, o instrutor a apoia apenas com um dos dedos e, por fim, permite que a criança bóie livremente. Alguns pesquisadores (Wood, 1980; Wood, Bruner e Ross, 1976) aplicaram a metáfora dos andaimes - as plataformas temporárias sobre as quais se apoiam os operários da construção civil - para esse modo de ensinar. **Andaime**, neste contexto, é o apoio temporário que pais, professores ou outros dão a uma criança para realizar uma tarefa até que a criança possa fazê-la sozinha.

A teoria de Vygotsky tem importantes implicações para a educação e para os testes cognitivos. Testes baseados na ZDP, que focalizam o potencial de uma criança, oferecem uma alternativa valiosa para os testes de inteligência padrão que avaliam o que uma criança já aprendeu; muitas crianças beneficiam-se com o tipo de orientação especializada prescrita por Vygotsky.

De modo geral, uma importante contribuição da perspectiva contextual tem sido sua ênfase sobre o componente social no desenvolvimento. A perspectiva contextual também nos lembra que o desenvolvimento das crianças em uma cultura ou em um grupo dentro de uma cultura (como o de norte-americanos brancos de classe média) pode não ser uma norma apropriada para crianças de outras sociedades ou grupos culturais.

Nenhuma teoria de desenvolvimento humano é universalmente aceita, e nenhuma perspectiva teórica explica todas as facetas do desenvolvimento. Na verdade, a tendência atualmente é de distanciamento das teorias "grandiosas" (como as de Freud e Piaget) e aproximação às "miniteorias", menores e mais limitadas, para explicar fenômenos específicos, como a influência da pobreza sobre as relações familiares. Ao mesmo tempo, existe um reconhecimento cada vez maior da interação entre os domínios físico, cognitivo e psicossocial - por exemplo, na relação entre desenvolvimento motor e percepção, ou entre interação social e aquisição de habilidades cognitivas. Também existe uma consciência cada vez maior da importância da mudança histórica e da necessidade de explorar a diversidade cultural de maneira rigorosa e disciplinada.

andaime

Apoio temporário dado a uma criança que está aprendendo uma tarefa.

VERIFICADOR_____

Você é capaz de ...

Identificar os principais pressupostos da perspectiva contextual?

Citar os cinco sistemas de influência contextual de Bronfenbrenner e dar exemplos de cada um?

Explicar como o foco central de Vygotsky difere do de Bronfenbrenner e do de Piaget?

Dizer como a teoria de Vygotsky se aplica ao ensino e aos testes educacionais?

Pense sobre isso ...

- Pelo que você leu até aqui, qual das perspectivas teóricas apresentadas neste capítulo, se alguma, lhe parece mais útil?

Métodos de Pesquisa

As teorias do desenvolvimento humano, muitas vezes, surgem da pesquisa e são testadas por ela. Pesquisadores provenientes de diferentes perspectivas teóricas utilizam uma variedade de métodos para estudar as pessoas em diversos ambientes, mas o **método científico** refere-se a um processo geral que caracteriza a investigação científica em qualquer campo. A adoção do método científico permite aos pesquisadores chegar a conclusões consistentes sobre o desenvolvimento humano. As etapas do método científico são:

- *Identificação de um problema* a ser estudado, freqüentemente com base em uma teoria ou em pesquisa anterior.
- *Formulação de hipóteses* a serem testadas pela pesquisa.
- *Coleta de dados*.
- *Análise dos dados* para determinar se eles apoiam a hipótese.
- *Divulgação dos achados* de modo que outros observadores possam verificar, analisar e repetir os resultados, utilizá-los como base e aprender com eles.

Uma vez que as hipóteses são derivadas das teorias, as questões e os métodos de pesquisa refletem a orientação teórica do pesquisador. Por exemplo, ao tentar compreender como uma criança desenvolve o sentido de certo e errado, um behaviorista investigaria como os pais reagiram ao comportamento da criança no passado, ou seja, que tipos de comportamento eles puniram ou elogiaram; um teórico da aprendizagem so-



Indicador

4.

Como os cientistas do desenvolvimento estudam as pessoas? Descreva as vantagens e as desvantagens de cada método de pesquisa.

método científico

Sistema de investigação científica que inclui a identificação de um problema, a formulação e a testagem de hipóteses alternativas, a coleta e a análise dos dados e divulgação pública dos achados.

cial concentrar-se-ia na imitação de exemplos morais, possivelmente nas histórias que as crianças lêem ou em filmes; um pesquisador do processamento de informações poderia fazer uma análise de tarefa para identificar as etapas pelas quais uma criança passa na determinação da gama de opções morais disponíveis e depois na decisão de qual opção adotar.

Duas questões fundamentais no início de qualquer investigação são como os participantes serão escolhidos - o método de amostragem - e como os dados serão coletados. Essas decisões, muitas vezes, dependem de quais questões a pesquisa pretende responder. Todas as questões desempenham um papel no modelo ou plano de pesquisa.

Amostragem

Como podemos ter certeza de que os resultados da pesquisa são verdadeiros genericamente, e não apenas para os participantes? Primeiro, precisamos determinar quem vai entrar no estudo. Uma vez que estudar uma *população* inteira (um grupo ao qual queremos aplicar os achados) geralmente é muito caro e consome muito tempo, os investigadores selecionam uma **amostra**, um grupo menor dentro de uma população. A amostra deve representar adequadamente a população em estudo - ou seja, ela deve apresentar características relevantes nas mesmas proporções que na população inteira. Do contrário, os resultados não podem ser corretamente *generalizados* ou aplicados à população como um todo.

Muitas vezes, os pesquisadores procuram obter representatividade através de **seleção randômica**, na qual cada pessoa em uma população tem uma chance igual e independente de ser escolhida. Se quiséssemos estudar os efeitos de um programa-piloto educacional, uma forma de selecionar uma amostra randômica seria colocar todos os nomes das crianças participantes em uma vasilha grande, sacudi-la e depois retirar um determinado número de nomes. Uma amostra randômica, especialmente se for grande, tende a bem representar a população.

Infelizmente, muitas vezes, é difícil obter uma amostra randômica de uma grande população. Em vez disso, muitos estudos utilizam amostras selecionadas por conveniência ou acessibilidade (por exemplo, crianças nascidas em um determinado hospital ou freqüentadoras uma determinada creche). Os achados dos estudos podem não se aplicar à população como um todo.

Métodos de Coleta de Dados

Formas comuns de reunir dados (ver Tabela 2-3) incluem relatos pessoais (relatos verbais dos participantes do estudo), testes e outras medidas comportamentais, e observação. Dependendo das limitações financeiras e de tempo, os pesquisadores podem utilizar uma ou mais dessas técnicas de coleta de dados em qualquer modelo de pesquisa. Atualmente existe uma tendência para uma maior utilização de relatos pessoais e observação aliadas a medidas mais objetivas.

Relatos Pessoais: Diários, Entrevistas, Questionários

A forma mais simples de relato pessoal é um *diário*. Pode-se, por exemplo, pedir a adolescentes que registrem o que comem a cada dia, ou as ocasiões em que se sentem deprimidos. Ao estudar crianças pequenas, *relatos pessoais dos pais* - diários, registros, entrevistas ou questionários - são comumente utilizados, muitas vezes, em conjunto com outros métodos, como videoteipes ou gravações de áudio. Pode-se filmar os pais brincando com seus bebês e depois mostrar-lhes as fitas e pedir-lhes que expliquem por que reagiram de determinada forma.

Em uma *entrevista* presencial ou por telefone, os pesquisadores fazem perguntas sobre atitudes, opiniões ou comportamento. As entrevistas podem abordar tópicos como relacionamentos entre pais e filhos, atividades sexuais e metas profissionais. Em uma entrevista *estruturada*, cada participante responde ao mesmo conjunto de perguntas. Uma entrevista *aberta* é mais flexível; como no método clínico de Piaget, o entrevistador pode variar os tópicos e a ordem das perguntas e fazer perguntas de seguimento baseadas nas respostas. Para alcançar mais pessoas e proteger sua privacidade,

amostra

Grupo de participantes escolhidos para representar toda a população em um estudo.

seleção randômica

Método de amostragem que garante representatividade porque cada membro da população tem a mesma chance de ser selecionado.

Tabela 2-3 Características dos Principais Métodos de Coleta de Dados

Tipo	Principais Características	Vantagens	Desvantagens
Relato pessoal: diário, entrevista ou questionário	Participantes respondem sobre algum aspecto de suas vidas; as perguntas podem ser altamente estruturadas ou mais flexíveis.	Pode fornecer informações diretas sobre vida, atitudes ou opiniões de uma pessoa.	Participante pode não recordar as informações com precisão, ou pode distorcer as respostas de um modo socialmente desejável; o modo de fazer uma pergunta ou quem a faz pode influenciar a resposta.
Medidas comportamentais	Testam-se capacidades, habilidades, conhecimento, competências ou respostas físicas dos participantes.	Fornece informações objetivamente mensuráveis; evita distorções subjetivas.	Não pode medir atitudes ou outros fenômenos não-comportamentais; resultados podem ser influenciados por fatores alheios.
Observação naturalística	Pessoas são observadas em seu ambiente normal, sem tentativa de manipular o comportamento.	Fornece boa descrição do comportamento; não submete as pessoas a ambientes artificiais que podem distorcer o comportamento.	Falta de controle; tendenciosidade do observador.
Observação laboratorial	Participantes são observados no laboratório, sem tentativa de manipular o comportamento.	Fornece boas descrições; maior controle do que na observação naturalística, pois todos os participantes são observados sob as mesmas condições.	Tendenciosidade do observador; situação controlada pode ser artificial.

os pesquisadores, às vezes, distribuem um *questionário* impresso que os participantes preenchem e devolvem.

Entrevistando um grande número de pessoas, os investigadores obtêm um quadro geral - pelo menos do que os entrevistados *dizem* que acreditam ou fazem ou fizeram. Entretanto, a excessiva utilização de relatos pessoais pode ser insensata, pois muito do que as pessoas sentem e pensam ocorre de maneira inconsciente (Westen, 1998). Algumas pessoas esquecem quando e como os acontecimentos realmente ocorreram, e outras conscientemente ou inconscientemente distorcem suas respostas para que se ajustem ao que se considera socialmente desejável. O modo de fazer uma pergunta e quem a faz pode influenciar a resposta. Quando indagadas sobre comportamento de risco ou socialmente desaprovado, como hábitos sexuais e uso de drogas, os entrevistados podem ser mais sinceros se responderem a uma pesquisa computadorizada do que a uma com lápis e papel (Turner et al., 1998). De qualquer forma, as pessoas dispostas a participar de entrevistas ou a preencher questionários tendem a ser uma amostra não-representativa.

Medidas Comportamentais e de Desempenho

Para muitos tipos de pesquisa, os investigadores utilizam medidas mais objetivas em vez de, ou além de, relatos pessoais. Uma medida comportamental ou de desempenho *mostra* algo sobre a pessoa em vez de perguntar a ela ou a outra pessoa, como um de seus pais, sobre aquilo. Testes e outras medidas comportamentais e neuropsicológicas, incluindo dispositivos mecânicos e eletrônicos, podem ser utilizados para avaliar capacidades, habilidades, conhecimento, competências ou respostas fisiológicas, como frequência cardíaca e atividade cerebral. Embora essas medidas sejam menos subjetivas do que os relatos pessoais, os resultados podem ser influenciados por fatores como fadiga e autoconfiança.

Alguns testes, como os testes de inteligência, medem capacidades comparando o desempenho com o de outras pessoas submetidas ao mesmo teste. Para que os testes sejam significativos e úteis, precisam ser *válidos* (isto é, os testes medem as capacidades que afirmam medir) e *fidedignos* (isto é, os resultados são razoavelmente consistentes em diversas ocasiões). Para evitar tendenciosidade, os testes de inteligência devem ser *padronizados*, ou seja, aplicados e avaliados pelos mesmos métodos e critérios para todas as pessoas testadas. (Os testes de inteligência são discutidos adicionalmente nos Capítulos 7 e 9.)

observação naturalística

Método de pesquisa em que o comportamento é estudado em ambientes naturais sem intervenção ou manipulação do observador.

observação laboratorial

Método de pesquisa em que o comportamento de todos os participantes é observado e registrado na mesma situação, sob condições controladas.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir as cinco etapas do método científico e dizer por que cada uma é importante?
- ✓ Explicar o propósito da seleção randômica e dizer como ela pode ser obtida?
- ✓ Comparar as vantagens e desvantagens das diversas formas de coleta de dados?

estudo de caso

Estudo científico sobre um único caso ou vida.

Uma criança em observação laboratorial pode se comportar ou não da mesma forma que em um ambiente naturalístico, como o lar ou a escola, mas ambos os tipos de observação podem fornecer informações valiosas.

Observação Naturalística e Laboratorial

A observação pode assumir duas formas: *observação naturalística* e *observação laboratorial*.

Na **observação naturalística**, os pesquisadores observam as pessoas em ambientes da vida real. Os pesquisadores não tentam alterar o comportamento ou o ambiente; eles apenas registram o que vêem. Na **observação laboratorial**, os pesquisadores observam e registram o comportamento em uma situação controlada, como um laboratório. Observando todos os participantes nas mesmas condições, os investigadores podem identificar mais claramente as eventuais diferenças de comportamento não-atribuíveis ao ambiente.

Ambos os tipos de observação podem fornecer valiosas descrições do comportamento, mas elas possuem limitações. Em primeiro lugar, elas não explicam *por que* as pessoas comportam-se de determinada forma, ainda que possam sugerir interpretações. Ainda assim, a presença do observador pode alterar o comportamento. Mesmo quando os observadores ficam atrás de espelhos bidirecionais, de onde podem ver, mas não serem vistos, crianças ou adultos podem saber que estão sendo vigiados e agir de maneira diferente. Por fim, existe o risco de *tendenciosidade do observador*: a tendência do pesquisador de interpretar os dados para satisfazer as expectativas ou para enfatizar alguns aspectos e minimizar outros. Durante a década de 1960, a observação laboratorial era mais comumente utilizada para obter um controle mais rigoroso. Atualmente é crescente a utilização de observação naturalística suplementada por dispositivos tecnológicos como filmadoras portáteis e computadores, que aumentam a objetividade e permitem a análise de alterações nas expressões faciais e outros comportamentos a cada instante.

Modelos Básicos de Pesquisa

Um modelo de pesquisa é um plano para conduzir uma investigação científica: que perguntas serão respondidas, como os participantes serão selecionados, como os dados serão coletados e interpretados, e como conclusões válidas podem ser tiradas. Quatro dos modelos básicos utilizados na pesquisa do desenvolvimento são os estudos de caso, os estudos etnográficos, os estudos correlacionais e os experimentos. Cada modelo tem vantagens e desvantagens, e cada um é apropriado para certos tipos de problemas de pesquisa (ver Tabela 2-4).

Estudos de Caso

Um **estudo de caso** é um estudo de um único caso ou indivíduo, como Victor, o menino selvagem de Aveyron (ver Capítulo 1). Diversas teorias, especialmente psicanalíticas, originaram-se de estudos de casos clínicos, os quais incluem cuidadosa observação



Tabela 2-4 Modelos Básicos de Pesquisa

Tipo	Principais Características	Vantagens	Desvantagens
Estudo de caso	Estudo de um único indivíduo em profundidade.	Flexibilidade; fornece quadro detalhado do comportamento e desenvolvimento de uma pessoa; pode gerar hipóteses.	Pode não se generalizar aos outros; conclusões não-diretamente testáveis; não é capaz de estabelecer causa e efeito.
Estudo etnográfico	Estudo aprofundado sobre uma cultura ou subcultura	Pode ajudar a superar tendenciosidade de base cultural na teoria e pesquisa; pode testar a universalidade de fenômenos do desenvolvimento.	Sujeito à tendenciosidade do observador.
Estudo correlacional	Procura descobrir relação positiva ou negativa entre variáveis.	Permite a previsão de uma variável com base em outra; pode sugerir hipóteses sobre relações causais.	Não é capaz de estabelecer causa e efeito.
Experimento	Procedimento controlado em que um experimentador manipula a variável independente para determinar seu efeito sobre a variável dependente; pode ser conduzido em laboratório ou em campo.	Estabelece relações de causa e efeito; procedimento altamente controlado que pode ser repetido por outro investigador. Grau de controle é maior no experimento laboratorial.	Achados, especialmente quando derivados de experimentos laboratoriais, podem não se generalizar a situações fora do laboratório.

e interpretação do que os pacientes dizem e fazem. Os estudos de caso também podem utilizar medidas comportamentais e neuropsicológicas e materiais biográficos, autobiográficos ou documentários.

Os estudos de caso oferecem informações úteis e aprofundadas. Podem explorar as origens do comportamento e testar tratamentos. Também podem sugerir a necessidade de realizar outra pesquisa. Outra vantagem importante é a flexibilidade: o pesquisador é livre para explorar linhas de investigação que surgem durante o desenvolvimento do estudo. Entretanto, os estudos de caso possuem falhas. Ao estudar Victor, por exemplo, aprendemos muito sobre o desenvolvimento de uma única criança, especialmente uma criança com uma condição rara ou incomum, mas não sobre como as informações aplicam-se às crianças em geral. Além disso, os estudos de caso não podem explicar o comportamento com certeza, pois não há como testar suas conclusões. Ainda que pareça sensato pensar que o ambiente de muita privação de Victor causou ou contribuiu para sua deficiência de linguagem, é impossível saber se ele teria desenvolvido-se normalmente com uma educação normal.

Estudos Etnográficos

Um **estudo etnográfico** pode ser visto como um estudo de caso de uma cultura ou subcultura. É um estudo aprofundado que procura descrever o padrão de relações, costumes, crenças, tecnologia, artes e tradições que constituem o modo de vida de uma sociedade.

A pesquisa etnográfica pode ser qualitativa, quantitativa ou ambas. Ela utiliza uma combinação de métodos, incluindo **observação participante**. A observação participante é uma forma de observação naturalística em que os pesquisadores vivem ou participam das sociedades ou dos grupos que observam, muitas vezes, por longos períodos de tempo; conseqüentemente, seus achados são especialmente vulneráveis à tendenciosidade do observador. Por outro lado, a pesquisa etnográfica pode ajudar a superar a tendenciosidade cultural na teoria e pesquisa (ver Quadro 2-2). A etnografia demonstra o erro de assumir que os princípios desenvolvidos da pesquisa nas culturas ocidentais são universalmente aplicáveis.

O trabalho de Margaret Mead (1928,1930,1935) é um dos exemplos mais antigos. Em Samoa, ela não verificou o tumulto emocional ou a "agitação e tensão" que os psicólogos ocidentais de então acreditavam ser típico da adolescência. Em vez disso, ela constatou uma transição tranqüila e gradual da infância para a idade adulta e uma fácil aceitação dos papéis adultos. Mead sugeriu que a adolescência é relativamente livre de tensão em uma

estudo etnográfico

Estudo aprofundado de uma cultura, que utiliza uma combinação de métodos, incluindo não observação dos participantes.

observação participante

Método de pesquisa em que o observador vive com as pessoas ou participa da atividade em observação.



Janela para o Mundo

Quadro 2-2

Finalidades da Pesquisa Intercultural

Observando as pessoas de diferentes grupos culturais, os pesquisadores podem aprender em que aspectos o desenvolvimento é universal (e, portanto, inerente à condição humana) e em que aspectos ele é culturalmente determinado. Por exemplo, em todo lugar as crianças aprendem a falar na mesma sequência, começando com arrulhos e balbucios e passando para palavras isoladas e depois para combinações simples de palavras. As palavras variam de cultura para cultura, mas em todo o mundo as crianças pequenas as juntam para formar sentenças de estrutura semelhante. Essas descobertas sugerem que a capacidade para aprender a linguagem é universal e inata.

Por outro lado, a cultura pode exercer uma influência surpreendentemente ampla sobre o desenvolvimento motor inicial. Os bebês africanos, cujos pais frequentemente os apoiam para que fiquem sentados e os fazem "pular" sobre os pés, tendem a sentar e a caminhar mais cedo do que os bebês norte-americanos (Rogoff e Morelli, 1989).

Há 100 anos, a maioria dos estudiosos do desenvolvimento supunham que os processos fundamentais de desenvolvimento eram universais. A pesquisa intercultural, quando realizada, era encarada como uma forma de salientar o funcionamento desses processos universais em condições ambientais contrastantes. Hoje está ficando claro que o contexto cultural pode fazer uma importante diferença no tempo de ocorrência e expressão de muitos aspectos do desenvolvimento (Parke et al., 1994).

A sociedade na qual as pessoas crescem influencia as habilidades que aprendem. Nos Estados Unidos, as crianças aprendem a ler, escrever e, cada vez mais, a operar computadores. No interior do Nepal, elas aprendem a conduzir búfalos e a andar nas trilhas das montanhas.

Um motivo importante para conduzir pesquisas entre diferentes grupos culturais é reconhecer distorções nas teorias e pesquisas ocidentais que, muitas vezes, não são questionadas até que se demonstre serem produto de influências culturais. "Trabalhar com pessoas com bagagem muito diferente pode conscientizar-nos de aspectos da atividade humana que são imperceptíveis até estarem ausentes ou serem organizados de outra maneira, como no caso do peixe que supostamente não tem consciência da água até ser tirado dela" (Rogoff e Morelli, 1989, p. 343).

Uma vez que tantas pesquisas em desenvolvimento humano concentraram-se nas sociedades ocidentais industrializadas, muitas pessoas têm definido o desenvolvimento típico nessas sociedades como norma ou padrão de desenvolvimento. Guiar-se por tal tipo de "norma" leva a idéias estreitas - e muitas vezes, errôneas - sobre o desenvolvimento. Levada ao extremo, essa crença pode fazer com que o desenvolvimento das pessoas de outros grupos étnicos e culturais seja visto como um desvio (Rogoff e Morelli, 1989).

Neste livro, discutimos diversas teorias influentes desenvolvidas a partir da pesquisa nas sociedades ocidentais que não se sustentam quando testadas em pessoas de outras culturas - teorias sobre os papéis dos gêneros, pensamento abstrato, julgamento moral e diversos outros aspectos do desenvolvimento humano. Em todo este livro, sempre consideramos crianças de culturas e subculturas que não a predominante nos Estados Unidos para mostrar como o desenvolvimento está intimamente ligado à sociedade e à cultura e para aumentar nossa compreensão do desenvolvimento normal em muitos ambientes.

sociedade que permite que as crianças presenciem a atividade sexual dos adultos, realizem suas próprias brincadeiras sensuais, vejam o nascimento de bebês, considerem a morte algo natural, façam trabalhos importantes, sejam assertivas e saibam exatamente o que devem fazer quando forem adultas. Os achados de Mead têm sido debatidos (Freeman, 1983; Holmes, 1987) em parte por alegar-se que sua amostra samoana não é representativa da população da ilha. Mesmo assim, "a mensagem básica de Mead para o campo do desenvolvimento infantil continua sendo tão válida hoje quanto em 1930: para compreender como as crianças crescem em condições ambientais diversas, é preciso estar disposto a ir até onde essas condições já existem, examiná-las com respeito e profundidade, e mudar nossos pressupostos em face de novas observações" (LeVine et al., 1994, p. 9).

Estudos Correlacionais

Um **estudo correlacional** é uma tentativa de descobrir uma *correlação* ou relacionamento estatístico *entre variáveis*, fenômenos que mudam ou variam entre pessoas, ou que podem ser variados para finalidades de pesquisa. As correlações se expressam em termos de direção (positiva ou negativa) e magnitude (grau). Duas variáveis que têm uma relação *positiva* aumentam ou diminuem juntas. Uma correlação positiva ou direta entre violência na televisão e agressividade existiria se as crianças que assistem a mais programas com violência batessem, mordessem ou chutassem mais do que outras que assistem a menos programas violentos na televisão. Duas variáveis possuem uma correlação *negativa* ou inversa se, quando uma aumenta, a outra diminui. Estudos indicam

estudo correlacional

Modelo de pesquisa que visa a descobrir se existe uma relação estatística entre variáveis, quer em direção, quer em magnitude.

uma correlação negativa entre a quantidade de escolarização e o risco de desenvolver demência devido ao mal de Alzheimer na velhice. Em outras palavras, quanto menos escolarização, mais demência (Katzman, 1993).

As correlações são descritas na forma de números que variam de -1,0 (relação negativa perfeita) a +1,0 (relação positiva perfeita). Correlações perfeitas são raras. Quanto mais próxima de +1,0 ou -1,0 é a correlação, mais forte a relação, positiva ou negativa. Uma correlação de zero significa que as variáveis não possuem relação.

As correlações permitem-nos prever uma variável com base em outra. Se, por exemplo, encontrássemos uma correlação positiva entre assistir à violência na televisão e brigar, preveríamos que as crianças que assistem a programas violentos são mais propensas a se envolver em brigas. Quanto maior a magnitude da correlação entre duas variáveis, maior a capacidade de prever uma a partir da outra.

Embora as correlações possam indicar possíveis causas, as relações causais que elas sugerem precisam ser avaliadas criticamente. A partir de uma correlação positiva entre programas violentos na televisão e agressividade, não podemos ter certeza de que assistir à violência na televisão *causa* agressividade nas brincadeiras; só podemos concluir que as duas variáveis estão relacionadas. É possível que a causação ocorra na direção contrária: as brincadeiras agressivas podem levar as crianças a assistir a mais programas violentos. Ou uma terceira variável - talvez uma predisposição inata para a agressividade - pode fazer com que uma criança tanto assista à mais televisão quanto aja com mais agressividade. De modo análogo, não podemos ter certeza de que a escolarização protege contra a demência; é possível que outra variável, como a condição socioeconômica, possa explicar tanto os níveis inferiores de escolarização quanto os níveis mais elevados de demência. Para ter certeza de que uma variável causa outra, precisaríamos realizar um experimento controlado - algo que, ao estudar seres humanos, nem sempre é possível por motivos práticos ou éticos.

Experimentos

Um **experimento** é um procedimento controlado em que o experimentador manipula variáveis para aprender como uma afeta a outra. Os experimentos científicos devem ser conduzidos e descritos de tal forma que outro experimentador possa *replicá-los*, ou seja, repeti-los exatamente da mesma forma com outros participantes para confirmar os resultados e as conclusões.

Grupos e Variáveis Para fazer um experimento, o experimentador pode dividir os participantes em dois tipos de grupos. O **grupo experimental** é composto de pessoas que serão expostas à manipulação experimental ou *tratamento* - o fenômeno que o pesquisador deseja estudar. Depois disso, o efeito do tratamento será medido uma ou mais vezes. O **grupo-controle** é composto de pessoas semelhantes às do grupo experimental, mas que não recebem o tratamento ou que recebem um tratamento diferente. Um experimento pode incluir um ou mais de cada tipo de grupo. Ou, se o pesquisador quiser comparar os efeitos dos diferentes tratamentos (do método de aula expositiva *versus* o método de discussão para ensinar), a amostra total pode ser dividida em *grupos de tratamento*, sendo que cada um deles recebe um dos tratamentos em estudo.

Examinemos como uma equipe de pesquisadores (Whitehurst et al., 1988) realizou um experimento para descobrir que efeito um método especial de leitura para crianças muito jovens poderia ter em suas habilidades de linguagem e vocabulário. Os pesquisadores compararam dois grupos de crianças de classe média de 21 a 35 meses. No *grupo experimental*, os pais adotaram o novo método de leitura em voz alta (o tratamento), que envolvia incentivar a participação ativa das crianças e oferecer um retorno freqüente conforme sua idade. No *grupo-controle*, os pais apenas liam em voz alta, como costumavam fazer. Os pais das crianças do grupo experimental faziam-lhes perguntas abertas e instigantes em vez de perguntas que exigiam respostas afirmativas ou negativas simples. (Em vez de perguntar "O gato está dormindo?", eles perguntavam, "O que o gato está fazendo?"). Eles exploravam as respostas das crianças, corrigiam respostas erradas, ofereciam possibilidades alternativas e faziam elogios. Depois de um mês do programa, as crianças no grupo experimental estavam oito meses e meio à frente do grupo-controle no nível de discurso e seis meses à frente em vocabulário; nove meses depois, o grupo experimental ainda estava seis meses à frente dos controles. E justo concluir, portanto, que esse método de leitura em voz alta aperfeiçoou as habilidades de linguagem e vocabulário das crianças.

experimento

Procedimento rigorosamente controlado, replicável, em que o pesquisador manipula as variáveis para avaliar o efeito de uma sobre a outra.

grupo experimental

Em um experimento, é o grupo de pessoas que recebe o tratamento em estudo; quaisquer mudanças nas pessoas são comparadas com mudanças no grupo-controle.

grupo-controle

Em um experimento, é o grupo de pessoas que são semelhantes às pessoas do grupo experimental, mas que não recebem o tratamento cujos efeitos devem ser medidos; os resultados obtidos com o grupo são comparados com os resultados obtidos com o grupo experimental.

variável independente

Em um experimento, é a condição sobre a qual o experimentador tem controle direto.

variável dependente

Em um experimento, é a condição que pode ou não mudar como resultado de mudanças na variável independente.

distribuição randômica

Técnica utilizada para distribuir os membros de uma amostra de um estudo em grupos (experimental e controle), em que cada membro da amostra tem uma chance idêntica de ser selecionado para cada grupo e receber ou não receber o tratamento.

No experimento anteriormente descrito, o tipo de abordagem na leitura era a *variável independente*, e as habilidades de linguagem das crianças eram a *variável dependente*. Uma **variável independente** é algo sobre o qual o experimentador tem controle direto. Uma **variável dependente** é algo que pode ou não mudar como resultado de mudanças na variável independente; em outras palavras, ela *depende* da variável independente. Em um experimento, um pesquisador manipula a variável independente para ver como mudanças nela irão afetar a variável dependente.

Se um experimento encontra uma diferença significativa no desempenho dos grupos experimental e controle, como saberemos se a causa era a variável independente? Por exemplo, no experimento de leitura em voz alta, como podemos ter certeza de que o método de leitura, e não algum outro fator (como a inteligência) causaram a diferença no desenvolvimento de linguagem dos dois grupos? O experimentador deve controlar os efeitos desses fatores alheios através de **distribuição randômica**: distribuir os participantes em grupos de tal forma que cada pessoa tenha uma chance idêntica de ser colocada em qualquer grupo.

Se a distribuição é randômica e a amostra é grande o bastante, diferenças em fatores como idade, sexo, raça, QI e condição socioeconômica distribuir-se-ão uniformemente de modo que inicialmente os grupos serão o mais semelhante possível em todos os aspectos, exceto quanto à variável a ser testada. De outra forma, diferenças não-premeditadas entre os grupos podem confundir ou contaminar os resultados, e qualquer conclusão derivada do experimento teria que ser encarada com grande suspeita. Além disso, no decorrer do experimento, o experimentador deve garantir que tudo, exceto a variável independente, permaneça constante. Por exemplo, no estudo de leitura em voz alta, os pais dos grupos experimental e controle devem despendar a mesma quantidade de tempo lendo para os filhos. Assim, o experimentador pode ter certeza de que quaisquer diferenças entre as habilidades de leitura dos dois grupos devem-se ao método de leitura, e não a algum outro fator.

Experimentos Laboratoriais, de Campo e Naturais O controle necessário para estabelecer causa e efeito é mais facilmente obtido em *experimentos laboratoriais*. Em um experimento laboratorial, os participantes são levados a um lugar especial onde são submetidos a condições manipuladas pelo experimentador. O experimentador registra as reações dos participantes a essas condições, talvez comparando-as com seu próprio comportamento ou com o de outros participantes em diferentes condições.

Entretanto, nem todos os experimentos podem ser facilmente realizados em laboratório. Um *experimento de campo* é um estudo controlado conduzido em um ambiente

Os experimentos utilizam procedimentos rigorosamente controlados que manipulam variáveis para determinar como uma afeta a outra. Para estudar a resiliência emocional, este projeto de pesquisa na Universidade da Califórnia, em São Francisco, monitora a frequência cardíaca e a pressão arterial de crianças pequenas enquanto elas explicam seus sentimentos em resposta à expressão de alegria ou zanga de um fantoche.



que faz parte da vida cotidiana, como o lar ou a escola de uma criança. O experimento em que os pais experimentaram um novo modo de ler em voz alta era um experimento de campo.

Os experimentos de laboratório e campo diferem em dois importantes aspectos. Um é o *grau de controle* exercido pelo experimentador; o outro é o grau em que os achados podem ser *generalizados* além da situação de estudo. Os experimentos laboratoriais podem ser controlados com mais rigor e, conseqüentemente, são mais fáceis de replicar. Contudo, os resultados podem ser menos generalizáveis à vida real; devido à artificialidade da situação, os participantes podem não agir normalmente.

Quando, por motivos práticos ou éticos, é impossível realizar um experimento legítimo, um *experimento natural* pode ser um modo de estudar alguns eventos. Um experimento natural compara as pessoas que foram acidentalmente "designadas" a grupos separados por circunstâncias de vida - um grupo de crianças que foram expostas, por exemplo, ou à fome ou à AIDS ou à educação de melhor qualidade; ou, ainda, crianças com defeito congênitos, em contraste com outro grupo que não o foi. Um experimento natural, a despeito do nome, é, na verdade, um estudo correlacional, pois a manipulação controlada das variáveis e a distribuição randômica a grupos de tratamento não são possíveis.

Não existe apenas um modo "correto" de estudar os seres humanos. Muitas questões podem ser abordadas sob diversos ângulos, cada um deles gerando diferentes tipos de informação. Os experimentos possuem importantes vantagens em relação a outros modelos de pesquisa: a capacidade de estabelecer relações de causa e efeito e permitir replicação. Entretanto, os experimentos podem ser muito artificiais ou ter um enfoque muito estreito. Assim, em décadas recentes, muitos pesquisadores têm-se concentrado menos na experimentação laboratorial, ou a suplementam com uma gama mais ampla de métodos. Além disso, algumas questões não se prestam à experimentação porque certas variáveis, como idade, gênero e raça, não podem ser manipuladas. Ao estudar essas variáveis - por exemplo, a relação entre perda de memória e envelhecimento - os pesquisadores precisam utilizar estudos correlacionais, ainda que não possam conclusivamente determinar causalidade.

Modelos de Pesquisa sobre Desenvolvimento

As duas estratégias de pesquisa mais comumente utilizadas para estudar o desenvolvimento humano são os estudos *longitudinais* e *transversais* (ver Figura 2-3). Os estudos longitudinais revelam como as pessoas mudam ou ficam iguais à medida que envelhecem; os estudos transversais mostram semelhanças e diferenças entre os grupos etários. Como cada um desses modelos tem desvantagens, os pesquisadores também criaram modelos *seqüenciais*. Para observar mudanças diretamente, pode-se utilizar *estudos microgenéticos*.

Estudos Longitudinais, Transversais e Seqüenciais

Em um **estudo longitudinal**, os pesquisadores estudam a mesma pessoa ou pessoas mais de uma vez, às vezes com anos de intervalo. Eles podem medir uma única característica, como extensão de vocabulário, altura ou agressividade, ou podem observar diversos aspectos do desenvolvimento para descobrir relações entre eles. O Estudo de Crescimento (Adolescente) de Oakland (ver Capítulo 1), iniciado em 1932, pretendia inicialmente avaliar o desenvolvimento social e emocional da pré-adolescência aos últimos anos do ensino médio, mas muitos dos participantes foram acompanhados até a velhice. Posteriormente, a pesquisa começou a se concentrar na *competência engenhosa*, uma mistura de autoconfiança, comprometimento intelectual e efetividade segura, que ajuda as pessoas a mobilizar recursos e lidar com as dificuldades. Os participantes que no início do estudo apresentavam competência engenhosa faziam boas escolhas na adolescência e no início da idade adulta, o que, muitas vezes, trazia oportunidades promissoras (bolsas de estudo, bons empregos e cônjuges competentes). Os adolescentes menos competentes tomavam decisões iniciais piores e tendiam a ter vidas repletas de crises (Clausen, 1993).

Em um **estudo transversal**, pessoas de diferentes idades são avaliadas em um determinado momento. Em um estudo transversal, por exemplo, os pesquisadores fizeram perguntas a crianças de 3, 4, 6 e 7 anos sobre o que uma mulher pensativa es-

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Comparar as aplicações e as desvantagens dos estudos de caso, estudos etnográficos, estudos correlacionais e experimentos?
- ✓ Explicar por que e como um experimento controlado pode estabelecer relações causais?
- ✓ Fazer distinção entre experimentos laboratoriais, de campo e naturais?

Pense sobre isso ...

- O que você acha que Margaret Mead queria dizer quando escreveu que a pesquisa em outras culturas "poderia lançar uma espécie de luz sobre nós, sobre nossas potencialidades e sobre nossas limitações"? Como os estudos etnográficos podem fazer isso? Quais são as possíveis dificuldades com esse tipo de pesquisa?
- Devido às limitações éticas da experimentação com humanos, os pesquisadores freqüentemente precisam utilizar estudos correlacionais para sugerir vínculos entre, digamos, violência na televisão e agressividade. Como você avaliaria a utilidade das informações obtidas com esses estudos?
- Que tipos de pesquisa parecem mais adequadas a um ambiente de laboratório e que tipos a um ambiente de campo? Dê exemplos.

estudo longitudinal

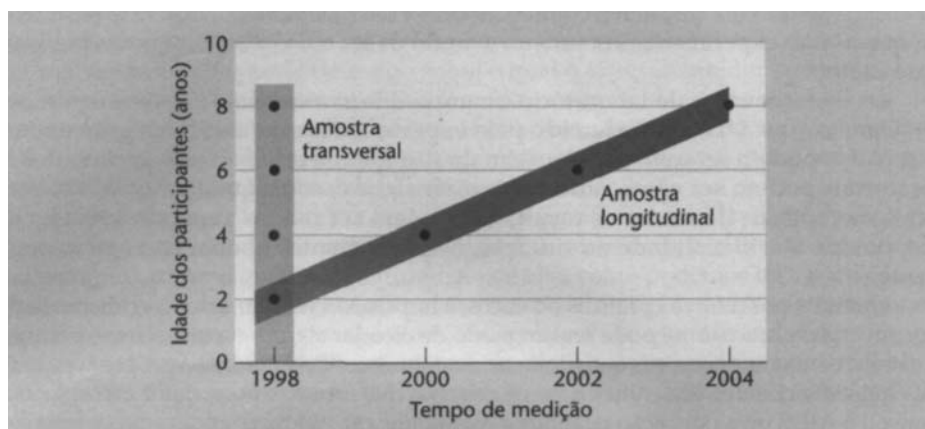
Modelo de estudo em que se coletam dados sobre as mesmas pessoas durante um período de tempo para avaliar as mudanças de desenvolvimento que ocorrem com a idade.

estudo transversal

Modelo de pesquisa em que pessoas de diferentes idades são avaliadas em uma ocasião, fornecendo informações comparativas sobre as diferentes coortes etárias.

Figura 2-3

As duas formas mais comuns de obter dados sobre o desenvolvimento relacionado com a idade. Em um estudo *transversal*, pessoas de diferentes idades são testadas em um momento. Aqui, grupos de crianças de 2, 4, 6 e 8 anos foram testadas em 1998 para obter dados sobre diferenças de idade no desempenho. Em um estudo *longitudinal*, as mesmas pessoas são testadas mais de uma vez. Aqui, uma amostra de crianças foi primeiramente testada em 1998, quando elas tinham 2 anos de idade; os testes de seguimento foram feitos em 2000, 2002 e 2004, quando as crianças tinham 4, 6 e 8 anos, respectivamente. Essa técnica mostra mudanças etárias no desempenho. (Nota: Os pontos indicam momentos de medição.)



tava fazendo ou sobre o estado de espírito de alguma pessoa. Verificou-se que a consciência que as crianças têm da atividade mental aumenta notavelmente com a idade (Flavell, Green e Flavell, 1995). Esses achados são forte indicativo de que à medida que as crianças ganham idade, sua compreensão dos processos mentais aumenta. Entretanto, não podemos tirar essa conclusão com certeza. Não sabemos se a consciência da atividade mental das crianças de 7 anos quando elas tinham 3 anos era a mesma que aquela das atuais crianças de 3 anos do estudo. A única forma de saber se ocorre mudança com a idade é conduzir um estudo longitudinal de uma determinada pessoa ou de determinado grupo.

Tanto o modelo longitudinal como o transversal possui vantagens e desvantagens (ver Tabela 2-5). A pesquisa longitudinal, ao estudar repetidamente as mesmas pessoas, pode rastrear padrões individuais de continuidade e mudança. Ela evita confundir os efeitos do desenvolvimento com os efeitos de pertencer a uma coorte (as diferentes experiências de crianças nascidas, por exemplo, antes e depois do advento da internet). Entretanto, um estudo longitudinal realizado com uma determinada coorte pode não se aplicar a uma coorte diferente. (Em outras palavras, os resultados de um estudo de pessoas nascidas nos anos de 1920, como o Estudo de Crescimento de Oakland, podem não se aplicar a pessoas nascidas nos anos de 1990.) Além disso, os estudos longitudinais geralmente consomem mais tempo e são mais caros do que os estudos transversais; é difícil acompanhar um grande grupo de participantes ao longo do tempo, manter registros e manter o estudo em andamento a despeito da rotatividade do pessoal de pesquisa. Existe também o problema do desgaste: os participantes podem morrer ou abandonar o estudo. Outra dificuldade provável é a tendenciosidade da amostra: as pessoas que se oferecem para tais estudos, e principalmente aquelas que permanecem neles, tendem a ter inteligência e condição socioeconômica acima da média. Além disso, os resultados podem ser afetados pela repetição dos testes: as pessoas podem se sair melhor em testes posteriores por terem adquirido familiaridade com os materiais e procedimentos dos testes.

As vantagens da pesquisa transversal incluem rapidez e economia; é possível reunir dados de grandes quantidades de pessoas com relativa rapidez. E como os participantes são avaliados apenas uma vez, não existe problema de desgaste ou repetição dos testes. Uma desvantagem dos estudos transversais é que eles podem negligenciar diferenças individuais ao se concentrarem nas médias dos grupos. Sua principal desvantagem, porém, é que os resultados podem ser afetados por diferenças de coorte. Os estudos transversais são, às vezes, interpretados como se produzissem informações sobre mudanças de desenvolvimento em grupos ou indivíduos, mas essas informações, muitas vezes, são enganosas. Assim, embora os estudos transversais ainda dominem o campo - sem dúvida, porque são mais fáceis de realizar -, a proporção de pesquisa dedicada aos estudos longitudinais, especialmente de curta duração, está aumentando (Parke et al., 1994).

Tabela 2-5 Pesquisa Longitudinal e Transversal: Prós e Contras

Tipo de estudo	Procedimento	Vantagens	Desvantagens
Longitudinal	Coletam-se dados sobre a mesma pessoa ou pessoas durante um período de tempo.	Pode indicar mudança relacionada com a idade ou continuidade; evita confusão com efeitos da coorte.	Demorado, caro; problemas de desgaste, tendenciosidade da amostra e efeitos da repetição dos testes; resultados podem ser válidos somente para coorte testada.
Transversal	Coletam-se dados sobre pessoas de diferentes idades ao mesmo tempo.	Pode indicar semelhanças e diferenças entre grupos etários; rápido, econômico; sem problema de desgaste ou repetição do teste.	Não pode estabelecer efeitos de idade; mascara diferenças individuais; pode ser confundido com efeitos de coorte.

O **estudo seqüencial** é uma das diversas estratégias para superar as desvantagens de estudos longitudinais e transversais. Esse método combina os outros dois: os pesquisadores avaliam uma amostra transversal mais de uma vez para determinar como os membros de cada coorte de idade mudaram. Tal procedimento permite aos pesquisadores separar as mudanças ligadas à idade dos efeitos de coorte. As principais desvantagens dos estudos seqüenciais envolvem tempo, esforço e complexidade. Modelos seqüenciais exigem grandes quantidades de participantes e a coleta e análise de grandes quantidades de dados durante um período de anos. A interpretação de seus achados e as conclusões podem exigir um alto grau de sofisticação.

Estudos Microgenéticos

Embora os estudiosos do desenvolvimento estudem a mudança, eles, raras vezes, podem observá-la diretamente na vida cotidiana, porque, em geral, ela ocorre muito lentamente. Mas, e se o processo pudesse ser compactado em um período de tempo muito curto? Um **estudo microgenético** faz exatamente isso, repetidamente expondo os participantes a um estímulo para uma mudança ou oportunidade de aprendizagem durante um curto período de tempo, permitindo que os pesquisadores vejam e analisem os processos pelos quais a mudança ocorre.

Em uma série de experimentos que utilizaram condicionamento operante (Rovee-Collier e Boller, 1995; ver Capítulo 5), bebês de apenas 2 meses de idade aprenderam a chutar e assim colocar em movimento um móvel de cores brilhantes que ficava preso a uma de suas pernas - se os bebês tivessem contato com uma situação semelhante repetidas vezes durante alguns dias ou semanas. Com base nesse trabalho, Esther Thelen (1994) utilizou um tecido elástico macio para amarrar as pernas esquerda e direita de bebês de 3 meses de idade uma na outra. Será que eles aprenderiam a chutar com ambas as pernas ao mesmo tempo para ativar o móvel? Os movimentos dos bebês foram filmados, e a frequência e a rapidez dos chutes, usando uma ou ambas as pernas, foram então analisadas com o auxílio de um computador. Os resultados mostraram que os bebês gradualmente passaram a chutar com as duas pernas quando isso se mostrava mais eficaz, e os observadores puderam determinar com exatidão como e quando essa mudança ocorria.

Ética da Pesquisa

Pesquisas que podem prejudicar os participantes deveriam ser realizadas? Como podemos equilibrar os possíveis benefícios contra o risco de dano mental, emocional ou físico aos indivíduos?

Na resolução de problemas éticos deste tipo, os pesquisadores devem guiar-se por três princípios: (1) *beneficência*: a obrigação de maximizar os possíveis benefícios aos participantes e minimizar possíveis danos; (2) *respeito* pela autonomia dos participantes e

estudo seqüencial

Modelo de estudo que combina técnicas transversais e longitudinais, avaliando pessoas em uma amostra transversal mais do que uma vez.

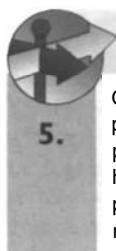
estudo microgenético

Modelo de estudo que permite observar diretamente as mudanças, expondo os participantes repetidamente a estímulos durante um curto espaço de tempo.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ☒ Citar vantagens e desvantagens da pesquisa longitudinal, transversal e seqüencial?
- ☒ Explicar como os estudos microgenéticos são realizados e que tipos de dados eles podem revelar?



Indicador

Que problemas éticos podem surgir na pesquisa sobre seres humanos e como eles podem ser melhor resolvidos?

Pense sobre isso...

- Que medidas devem ser tomadas para proteger as crianças e outras pessoas vulneráveis de danos decorrentes da participação na pesquisa?
- Em que idade você acha que uma criança torna-se capaz de dar consentimento informado para participar de pesquisas? (Talvez seja interessante retornar a esta questão depois de ter lido as partes deste livro que tratam do desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças pequenas.)
- Se um estudo necessita enganar os participantes para ser realizado, é possível obter consentimento informado? Em caso negativo, isso significa que os estudos que utilizam esse artifício não devem ser realizados?
- Pesquisas comportamentais, etológicas, neurológicas e médicas muitas vezes são feitas com animais. Que contribuições a pesquisa com animais pode dar para o estudo das pessoas? Quais seriam as limitações éticas ou de outro tipo dessas pesquisas?

proteção daqueles que são incapazes de exercitar seu próprio julgamento; (3) *justiça*: inclusão de grupos diversos mantendo a sensibilidade a qualquer impacto especial que a situação de pesquisa possa ter sobre eles.

Objecções ao estudo de Watson e Rayner com o "Albertinho", descrito anteriormente neste capítulo, ajudaram a dar origem, nos Estados Unidos, aos padrões éticos mais rigorosos de hoje. Comissões federais em faculdades, universidades e outras instituições examinam as propostas de pesquisa do ponto de vista ético. As recomendações da Associação Americana de Psicologia* (1992) e da Sociedade de Pesquisa em Desenvolvimento Infantil (1996) abordam questões como proteção dos participantes contra dano e perda de dignidade; garantias de privacidade e sigilo, consentimento informado, evitação de ludibriação e direito de recusar ou retirar-se de uma experiência em qualquer momento; responsabilidade dos investigadores de corrigir quaisquer efeitos indesejáveis. Ainda assim, situações específicas, muitas vezes, exigem julgamentos difíceis.

Direito a Consentimento Informado

Existe consentimento informado quando os participantes concordam voluntariamente em participar de um estudo, têm competência para dar o consentimento, estão plenamente cientes dos riscos, bem como dos possíveis benefícios, e não estão sendo explorados. A Comissão Nacional para a Proteção dos Sujeitos Humanos da Pesquisa Biomédica e Comportamental (1978) recomenda que as crianças com 7 anos de idade ou mais sejam solicitadas a dar seu próprio consentimento para participarem de pesquisas e que as objeções das crianças devem ser invalidadas somente quando a pesquisa prometer benefício direto à criança, como na utilização de uma nova droga experimental.

Entretanto, alguns especialistas em ética alegam que crianças pequenas não podem dar um *consentimento* voluntário significativo, pois não podem compreender plenamente o que está envolvido; elas podem apenas *assentir*, ou seja, concordar em participar. O procedimento comum, portanto, quando indivíduos com menos de 18 anos estão envolvidos, é pedir aos pais ou responsáveis legais, e às vezes ao pessoal escolar, para dar o consentimento. Mas podemos ter certeza de que essas pessoas estão agindo em prol dos melhores interesses da criança? Os pais podem pensar que a participação em um estudo de um novo tratamento promissor irá beneficiar a criança, muito embora a criança possa ser designada para um grupo-controle que não recebe o tratamento (Fisher, 1993).

Alguns estudos dependem de participantes que podem ser especialmente vulneráveis. Por exemplo, estudos que buscam as causas e os tratamentos para o mal de Alzheimer precisam de participantes cuja condição mental pode impedir sua plena ou mesmo parcial consciência do que está envolvido. Mas, e se uma pessoa dá o consentimento e posteriormente se esquece disso? A prática corrente, por motivos de segurança, é pedir consentimento tanto aos participantes como aos responsáveis.

Pode existir consentimento informado se os participantes forem enganados sobre a natureza ou o propósito do estudo ou sobre os procedimentos aos quais serão submetidos? Suponhamos que crianças sejam informadas de que estão experimentando um novo jogo quando, na verdade, estão sendo testadas quanto a suas reações ao êxito ou fracasso. Ou imagine que adultos são informados de que estão participando de um estudo sobre aprendizagem quando, na verdade, estão sendo testados quanto a sua disposição em infligir dor. Experimentos como estes, que não podem ser realizados sem ludibriar os participantes, foram feitos - e contribuíram significativamente para nosso conhecimento, mas ao custo do direito dos participantes de saber no que estavam sendo envolvidos. As recomendações éticas estipulam a sonegação de informação *somente* quando isso é essencial para o estudo; mesmo assim, os investigadores devem evitar

* N. de R.T.: A resolução do Conselho Federal de Psicologia 016/2000 de 20/12/2000 dispõe sobre a realização da pesquisa em Psicologia com seres humanos. Esse documento cobre itens semelhantes às recomendadas pela Associação Americana de Psicologia: avaliação de riscos e danos aos participantes, sigilo e confidencialidade das informações e utilização do termo de consentimento livre e esclarecido. As pesquisas em psicologia com seres humanos sempre devem ser avaliadas por um Comitê de Ética em Psicologia, reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde, como determina a resolução do Ministério da Saúde MS/196/96 do CNS.

métodos que possam causar dor, ansiedade ou dano. Os participantes devem ser informados posteriormente para que saibam por que o engano era necessário e para garantir que não tenham sofrido em consequência do estudo.

Direito à Auto-estima

As pessoas devem ser submetidas a pesquisas que possam prejudicar sua auto-estima? Os estudos sobre os limites da memória, por exemplo, possuem um "fator de fracasso" embutido: o pesquisador continua fazendo perguntas até que o participante seja incapaz de responder. Esse fracasso inevitável não poderia afetar a autoconfiança do participante? De modo semelhante, quando os pesquisadores publicam descobertas de que crianças de classe média são academicamente superiores às crianças pobres, isso pode involuntariamente prejudicar a auto-estima destas últimas. Tais estudos podem igualmente afetar as expectativas dos professores e o desempenho dos alunos.

Direito à Privacidade e ao Sigilo

É ético utilizar espelhos de duas faces e câmeras ocultas para observar as pessoas sem seu conhecimento? Como podemos proteger o sigilo de informações pessoais que os participantes podem revelar em entrevistas ou questionários?

E se, no decorrer de uma pesquisa, um pesquisador percebe que uma criança parece ter uma deficiência de aprendizagem ou alguma outra condição tratável? O pesquisador é obrigado a partilhar tais informações com pais ou responsáveis ou a recomendar serviços que possam ajudar a criança quando a partilha das informações pode contaminar as descobertas da pesquisa? Uma decisão desse tipo não deve ser tomada levemente, pois partilhar informações de validade incerta pode criar concepções errôneas e prejudiciais em relação à criança. Além disso, os pesquisadores não devem ultrapassar os limites de sua própria competência para fazer diagnósticos e encaminhamentos. Por outro lado, os pesquisadores precisam saber e informar os participantes de sua responsabilidade legal de denunciar o que souberem em relação a abuso ou negligência ou qualquer outra atividade ilegal cometida contra crianças.

Nosso comentário final nestes capítulos introdutórios é o de que este livro está longe de ser a palavra final. Embora tenhamos tentado incorporar as informações mais importantes e atualizadas sobre como as pessoas desenvolvem-se, os cientistas do desenvolvimento estão sempre aprendendo mais. Durante a leitura deste livro, você certamente irá confrontar-se com suas próprias questões. Pensando sobre elas e talvez futuramente conduzindo pesquisas para encontrar respostas, é possível que você mesmo, agora recém-iniciando o estudo do desenvolvimento humano, algum dia venha a contribuir para nosso conhecimento sobre esta espécie interessante à qual todos pertencemos.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Enunciar três princípios que regem as decisões sobre a inclusão de participantes em pesquisas?
- ✓ Enunciar três direitos dos participantes de pesquisas e discutir suas implicações?

Resumo

Questões Teóricas Básicas

Indicador 1. Para que servem as teorias?

- Utiliza-se uma **teoria** para explicar dados e gerar **hipóteses** que possam ser testadas pela pesquisa.

Indicador 2. Enumere as três questões teóricas básicas sobre as quais os cientistas do desenvolvimento discordam.

- As teorias do desenvolvimento variam em relação a suas posições sobre três questões básicas: a importância relativa da hereditariedade e do ambiente, o caráter ativo ou passivo do desenvolvimento e a existência de estágios de desenvolvimento.
- Alguns teóricos são influenciados por um **modelo mecanicista** de desenvolvimento; outros, por um **modelo organísmico**.

Perspectivas Teóricas

Indicador 3. Enumere as seis perspectivas teóricas sobre o desenvolvimento humano e descreva algumas das teorias representativas de cada uma delas.

- A **perspectiva psicanalítica** considera que o desenvolvimento é motivado por conflitos emocionais inconscientes. Os principais exemplos são (1) a teoria de Freud do **desenvolvimento psicosssexual** e (2) a teoria de Erikson de **desenvolvimento psicossocial**.
- A **perspectiva da aprendizagem** vê o desenvolvimento como um resultado de aprendizagem, uma resposta a eventos externos. Os principais exemplos são: (1) o **behaviorismo** de Watson e Skinner, que afirma que o comportamento pode ser pre-

visivelmente alterado pelo **condicionamento clássico** ou **condicionamento operante** (uso de **reforço** e **punição**) e (2) a **teoria da aprendizagem social** de Bandura, que enfatiza a **aprendizagem por observação** ou **vicária**.

- A **perspectiva humanista** considera que as pessoas escolhem conscientemente suas próprias metas de desenvolvimento. Um exemplo é a **hierarquia de necessidades** de Maslow, que culmina na **auto-realização**.
- A **perspectiva cognitiva** considera que as pessoas desencadeiam ativamente o desenvolvimento em resposta à experiência. Os principais exemplos são: (1) a teoria dos estágios cognitivos de Piaget, baseada na **organização de esquemas, adaptação** (uma combinação de **assimilação** e **acomodação**) e **equilíbrio**; (2) a **abordagem de processamento de informações**, que analisa os processos mentais; e (3) a **abordagem da neurociência cognitiva**, baseada na pesquisa cerebral.
- A **perspectiva etológica**, representada por Bowlby e Ainsworth, descreve comportamentos adaptativos que promovem a sobrevivência do grupo.
- A **perspectiva contextual** focaliza a interação entre o indivíduo e o contexto social. Os principais exemplos são: (1) a **teoria bioecológica** de Bronfenbrenner, baseada em cinco níveis interligados de influência ambiental (os **microssistema**, **mesossistema**, **exossistema**, **macrossistema** e **cronossistema**) e (2) a **teoria sociocultural** de Vygotsky, que se concentra em como os adultos orientam a aprendizagem das crianças através da **zona de desenvolvimento proximal (ZDP)**, conceito que deu origem à técnica de **andaimes**.

Métodos de Pesquisa

Indicador 4. Como os cientistas do desenvolvimento estudam as pessoas? Descreva as vantagens e as desvantagens de cada método de pesquisa.

- Para obter conclusões consistentes, os pesquisadores utilizam o **método científico**.
- A **seleção randômica** de uma **amostra** pode garantir generalizabilidade.
- Os métodos de coleta de dados incluem relatos pessoais (diários, entrevistas e questionários); medidas comportamentais e

de desempenho; observação. A observação pode assumir a forma de **observação naturalística**, **observação laboratorial** ou **observação participante**.

- Quatro modelos básicos na pesquisa do desenvolvimento são **estudo de caso**, **estudo etnográfico**, **estudo correlacional** e **experimento**. Somente os experimentos podem estabelecer relações causais firmemente. Pesquisas interculturais podem indicar se certos aspectos do desenvolvimento são universais ou culturalmente influenciados.
- Em um experimento, o experimentador manipula a **variável independente** para verificar seu efeito sobre a **variável dependente**. Os experimentos devem ser rigorosamente controlados para que sejam válidos e replicáveis. A **distribuição randômica** dos participantes em **grupo experimental** e **grupo-controle** é necessária para assegurar que o efeito da variável independente, e não algum outro fator, está sendo testado.
- Os experimentos laboratoriais são mais fáceis de controlar e replicar, mas descobertas de experimentos de campo podem ser mais generalizáveis para além da situação do estudo. Os experimentos naturais podem ser úteis em situações em que experimentos verdadeiros seriam impraticáveis ou antiéticos.
- Os dois modelos mais comuns utilizados para estudar o desenvolvimento relacionado à idade são o **estudo longitudinal** e o **estudo transversal**. Os estudos transversais comparam grupos etários; os estudos longitudinais descrevem a continuidade ou a mudança nos mesmos participantes. O **estudo sequencial** visa a superar as desvantagens dos dois outros modelos. Um **estudo microgenético** permite a direta observação da mudança durante um curto espaço de tempo.

Indicador 5. Que problemas éticos podem surgir na pesquisa com seres humanos e como eles podem ser melhor resolvidos?

- As difíceis questões éticas na pesquisa sobre o desenvolvimento humano envolvem os direitos dos participantes ao consentimento informado, auto-estima, privacidade e sigilo.
- Os pesquisadores procuram resolver as questões éticas com base nos princípios de beneficência, respeito e justiça.

Palavras-Chave

teoria (65)
hipóteses (65)
modelo mecanicista (66)
modelo organicista (66)
perspectiva psicanalítica (67)
desenvolvimento psicossocial (67)
desenvolvimento psicossocial (71)
perspectiva da aprendizagem (72)
aprendizagem (72)
behaviorismo (72)
condicionamento clássico (72)
condicionamento operante (73)
reforço (73)
punição (73)

teoria da aprendizagem social (73)
aprendizagem por observação ou vicária (73)
perspectiva humanista (74)
hierarquia de necessidades (74)
auto-realização (74)
perspectiva cognitiva (75)
organização (76)
esquemas (76)
adaptação (76)
assimilação (76)
acomodação (76)
equilíbrio (76)
abordagem de processamento de informações (77)

abordagem da neurociência cognitiva (78)
perspectiva etológica (78)
perspectiva contextual (79)
teoria bioecológica (79)
microssistema (81)
mesossistema (81)
exossistema (81)
macrossistema (82)
cronossistema (82)
teoria sociocultural (82)
zona de desenvolvimento proximal (ZDP) (82)
andaime (83)
método científico (83)
amostra (84)
seleção randômica (84)

observação naturalística (86)
observação laboratorial (86)
estudo de caso (86)
estudo etnográfico (87)
observação participante (87)
estudo correlacional (88)
experimento (89)
grupo experimental (89)
grupo-controle (89)
variável independente (90)
variável dependente (90)
distribuição randômica (90)
estudo longitudinal (91)
estudo transversal (91)
estudo sequencial (93)
estudo microgenético (93)

Parte Dois

Primórdios



Do momento da concepção ao momento da morte, os seres humanos passam por complexos processos de desenvolvimento. As mudanças que ocorrem durante os primeiros períodos do ciclo vital são mais amplas e rápidas do que em qualquer outro momento da vida.

Os seres humanos são pessoas inteiras, e por isso todos os aspectos do desenvolvimento estão interligados, mesmo no útero. Ao observarmos o desenvolvimento pré-natal no Capítulo 3, o desenvolvimento físico de bebês no Capítulo 4, o desenvolvimento cognitivo no Capítulo 5 e o desenvolvimento psicossocial no Capítulo 6, veremos, desde o início, como esses aspectos do desenvolvimento estão associados.

Conexões a Procurar

- O crescimento físico do cérebro antes e depois do nascimento possibilita uma grande explosão de desenvolvimento cognitivo e emocional. Fetos cujos ouvidos e cujo cérebro desenvolveram-se suficientemente para ouvir os sons do mundo externo parecem guardar memória desses sons após o nascimento.
- Os primeiros sorrisos de um bebê originam-se da atividade do sistema nervoso central e podem não refletir mais do que um estado fisiológico agradável, como sonolência e um estômago cheio. Quando o bebê torna-se cognitivamente consciente das respostas afetuosas de quem lhes cuida e quando a visão torna-se suficientemente nítida para reconhecer um rosto familiar, os sorrisos do bebê tornam-se emocionalmente mais expressivos e mais socialmente orientados.
- Por meio de seus movimentos físicos, os bebês aprendem onde terminam seus corpos e onde tudo mais começa. Enquanto derrubam brinquedos, esguicham água e arremessam areia, suas mentes compreendem como seus corpos podem mudar seu mundo, e seu senso de identidade começa a florescer.
- Sem as estruturas vocais e sem a coordenação motora para formar sons, os bebês não seriam capazes de falar. Os gestos físicos precedem e, muitas vezes, acompanham as primeiras tentativas de formar palavras. A aquisição da linguagem promove dramaticamente a compreensão cognitiva e a comunicação social.

Primórdios: Uma Prévia



Capítulo 3

Concebendo uma Nova Vida

Como ocorre a fecundação.

A dotação genética interage com as influências ambientais desde o início.

Formam-se as estruturas e os órgãos corporais básicos.

Começa o rápido crescimento cerebral.

Crescimento físico é o mais rápido no ciclo vital.

O feto ouve e responde aos estímulos sensoriais; as capacidades de aprender e recordar estão presentes.

Vulnerabilidade a influências ambientais é grande.



Capítulo 4

Desenvolvimento Físico nos Três Primeiros Anos

Escolhe-se o método e o local para o nascimento e monitora-se sua evolução.

Após o nascimento, avalia-se o neonato no que se refere a sua saúde imediata, condição de desenvolvimento e eventuais complicações do parto.

Todos os sistemas corporais funcionam ao nascer.

Todos os sentidos funcionam ao nascer em graus variados.

O cérebro aumenta de complexidade e é altamente sensível à influência ambiental.

O crescimento e o desenvolvimento físico das habilidades motoras são rápidos.



Capítulo 5

Desenvolvimento Cognitivo nos Três Primeiros Anos

As capacidades de aprender e lembrar estão presentes, até mesmo nas primeiras semanas.

A utilização de símbolos e a capacidade de resolver problemas desenvolvem-se ao final do segundo ano.

A compreensão e a utilização da linguagem desenvolvem-se rapidamente.



Capítulo 6

Desenvolvimento Psicossocial nos Três Primeiros Anos

Desenvolve-se o apego aos pais e a outras pessoas.

Desenvolve-se a autoconsciência.

Ocorre mudança de dependência para autonomia.

Aumenta o interesse por outras crianças.

Capítulo 3

Concebendo uma Nova Vida



S e eu pudesse tê-lo visto crescer como uma mãe mágica, se eu tivesse visto através de minha barriga mágica transparente, teria havido tamanho amadurecimento....

Arme Sexton, 1966



Abel Dorris

Foco:

Abel Dorris e a Síndrome Alcoólica Fetal

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), um conjunto de anormalidades apresentadas por crianças cujas mães beberam durante a gestação, é a principal causa de retardamento mental. Mas em 1971, quando o escritor Michael Dorris adotou um menino Sioux de 3 anos de idade, cuja mãe bebia muito, os fatos sobre a SAF ainda não tinham sido amplamente divulgados nem cientificamente investigados. Somente 11 anos depois, como relata Dorris em *The Broken Cord* (1989), ele descobriu a origem dos problemas de desenvolvimento de seu filho adotivo.

Nascido com quase sete semanas de prematuridade, o menino, chamado Abel ("Adão", no livro) tinha baixo peso natal e sofreu abuso e má alimentação antes de ser transferido para um lar adotivo. Sua mãe havia morrido aos 35 anos de intoxicação por álcool. Seu pai tinha sido espancado até a morte em um beco após uma série de prisões. O menino era pequeno para sua idade, ainda usava fraldas e só era capaz de falar cerca de 20 palavras. Embora o menino tivesse sido diagnosticado como ligeiramente retardado, Dorris tinha certeza de que, com um ambiente favorável, o menino se recuperaria.

Mas isso não aconteceu. Quando fez 4 anos, Abel ainda usava fraldas e pesava apenas 12 kg. Ele tinha dificuldade para se lembrar dos nomes dos colegas de recreação. Seu nível de atividade era extraordinariamente alto, e a circunferência de seu crânio era menor do que o comum. Ele sofria de convulsões intensas sem explicação.

Durante os meses que se passaram, Abel teve dificuldade para aprender a contar, identificar as cores primárias e fazer o laço nos sapatos. Antes de ingressar na escola, foi rotulado como "portador de deficiência de aprendizagem". Seu QI era e permaneceu em torno de 60. Graças aos esforços de um dedicado professor de 1ª série, Abel aprendeu a ler e escrever, mas sua compreensão era lenta. Quando o menino concluiu o ensino fundamental em 1983, ele "ainda não sabia somar, subtrair, contar dinheiro ou identificar a cidade, estado, país ou planeta em que vivia" (Dorris, 1989, p. 127-128).

Nessa época, Michael Dorris já tinha resolvido o enigma do que havia de errado com seu filho. Como professor associado de estudos americanos nativos na Dartmouth College, estava familiarizado com as pressões culturais que favorecem o consumo de bebidas alcoólicas entre os indígenas norte-americanos. Em 1982, um ano antes da formatura de Abel, Michael visitou um centro de tratamento para adolescentes dependentes químicos em uma reserva Sioux em Dakota do Sul. Ali ele se espantou ao ver três meninos que "poderiam ser irmãos gêmeos [de Abel]" (Dorris, 1989, p. 137). Eles não apenas eram parecidos com Abel, mas agiam como ele.

S U M Á R I O

Foco: Abel Dorris e a Síndrome Alcoólica Fetal

Concebendo uma Nova Vida

Como Ocorre a Fecundação
O que Causa os Nascimentos Múltiplos?

Mecanismos da Hereditariedade

Genes e Cromossomos
O Que Determina o Sexo?
Padrões de Transmissão Genética
Anormalidades Genéticas e Cromossômicas
Aconselhamento Genético

Natureza e Experiência: Influências da Hereditariedade e do Ambiente

Estudando a Hereditariedade e o Ambiente
Como a Hereditariedade e o Ambiente Operam Juntos
Algumas Características Influenciadas por Hereditariedade e Ambiente

Desenvolvimento Pré-natal

Etapas do Desenvolvimento Pré-natal
Influências Ambientais: o Papel da Mãe
Influências Ambientais: o Papel do Pai
Avaliação e Intervenção Pré-natal
Assistência Pré-natal

A Síndrome Alcoólica Fetal foi identificada durante a década de 1970, enquanto Abel estava crescendo. Depois que o álcool entra na corrente sanguínea do feto, ele ali permanece em altas concentrações por longos períodos de tempo, causando danos cerebrais e prejudicando outros órgãos corporais. Não há cura. Nas palavras de um especialista, "para o feto, a ressaca pode durar uma vida inteira" (Enloe, 1980, p. 15).

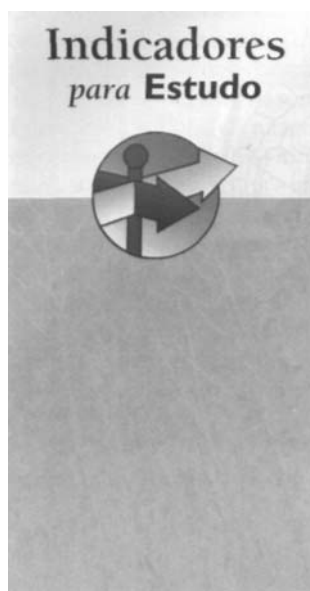
Os efeitos da SAF também podem ser devastadores para a família. Os anos de constantes tentativas, primeiro para recuperar a normalidade de Abel e depois para se acostumar com os danos irreversíveis causados durante a gestação, podem certamente ter contribuído para os problemas posteriores no casamento de Dorris com a escritora Louise Erdrich, culminando no divórcio e suicídio dele em 1997 aos 52 anos. Segundo Erdrich, Dorris sofria de depressão profunda, possivelmente exacerbada pelas dificuldades que tinha como pai (L. Erdrich, comunicação pessoal, 1º de março de 2000).

Quanto a Abel Dorris, aos 20 anos, ingressou em um programa de treinamento vocacional e mudou-se para um lar supervisionado, levando consigo suas coleções de animais empalhados, bonecas de papel, quadrinhos de jornal, fotografias da família e antigos cartões de aniversário. Aos 23, cinco anos antes da morte do pai, foi atropelado por um carro e morreu (Lyman, 1997). 

 história de Abel Dorris é um lembrete desolador da impressionante responsabilidade que os pais têm pelo desenvolvimento da nova vida que geraram. Primeiro temos a dotação hereditária que transmitem. Depois temos as influências ambientais - iniciadas com o corpo da mãe. Além do que a mãe faz e do que acontece com ela, existem outras influências ambientais, desde aquelas que afetam o esperma do pai até o ambiente tecnológico, social e cultural, que pode influenciar o tipo de assistência que uma gestante recebe nos meses que antecedem o nascimento.

Neste capítulo, descreveremos como a concepção ocorre normalmente, como funcionam os mecanismos de hereditariedade e como a herança biológica interage com as influências ambientais dentro e fora do útero. Acompanharemos o desenvolvimento pré-natal (desenvolvimento antes do nascimento), descreveremos o que o influencia e apresentaremos modos de monitorar e intervir nele. (No Capítulo 14, discutiremos técnicas de reprodução artificialmente assistida, muitas vezes utilizadas quando um ou ambos os pais são estéreis.)

Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. Como a concepção normalmente ocorre?
2. O que causa os nascimentos múltiplos?
3. Como a hereditariedade funciona na determinação do sexo e na transmissão de traços normais e anormais?
4. Como os cientistas estudam as influências relativas de hereditariedade e ambiente, e como hereditariedade e ambiente operam juntos?
5. Que papel a hereditariedade e o ambiente desempenham na saúde física, na inteligência e na personalidade?
6. Quais são as três etapas do desenvolvimento pré-natal e o que ocorre durante cada etapa?
7. O que os fetos são capazes de fazer?
8. Que influências ambientais podem afetar o desenvolvimento pré-natal?
9. Que técnicas podem avaliar a saúde e o bem-estar de um feto, e qual a importância do pré-natal?

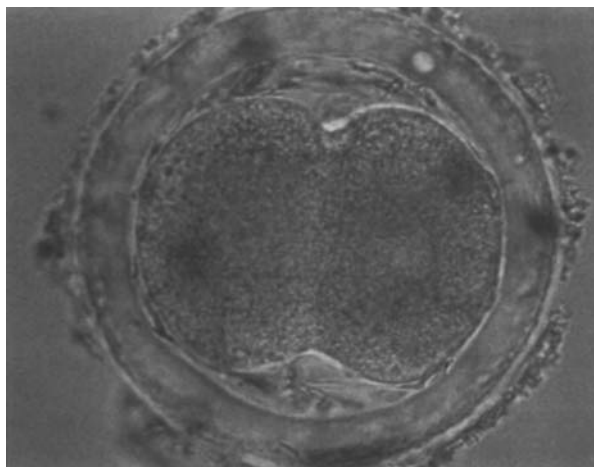
Concebendo uma Nova Vida



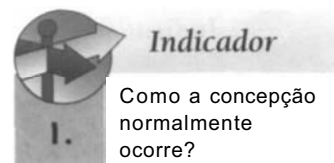
Algum dia, os cientistas podem descobrir que é possível **clonar** (fazer uma cópia genética) um ser humano. Até isso acontecer, o início biológico de toda pessoa continuará sendo a fração de segundo em que um único espermatozóide, um dos milhões de células reprodutivas do pai biológico, une-se a um óvulo, um dos milhares de células reprodutivas produzidas pelo corpo biológico da mãe. Como veremos, dependendo do espermatozóide que encontra o óvulo, haverá tremendas implicações para a nova pessoa.

Como Ocorre a Fecundação

A **fecundação** ou concepção é o processo pelo qual espermatozóide e óvulo - os *game-
tas* masculino e feminino ou células sexuais, - se fundem para criar uma única célula chamada **zigoto**, que então se duplica repetidamente por divisão celular para se tornar um bebê. Uma menina nasce com todos os óvulos que terá - cerca de 400 mil. No nascimento, esses óvulos imaturos estão nos ovários (ver Figura 3-1), cada óvulo em sua própria cavidade ou *foliculo*.



A fecundação ocorre quando um espermatozóide une-se a um óvulo para formar uma única nova célula. O óvulo fecundado que vemos aqui começou a crescer por divisão celular. Ele irá posteriormente diferenciar-se em 800 bilhões ou mais de células com funções especializadas.



Como a concepção normalmente ocorre?

clonar

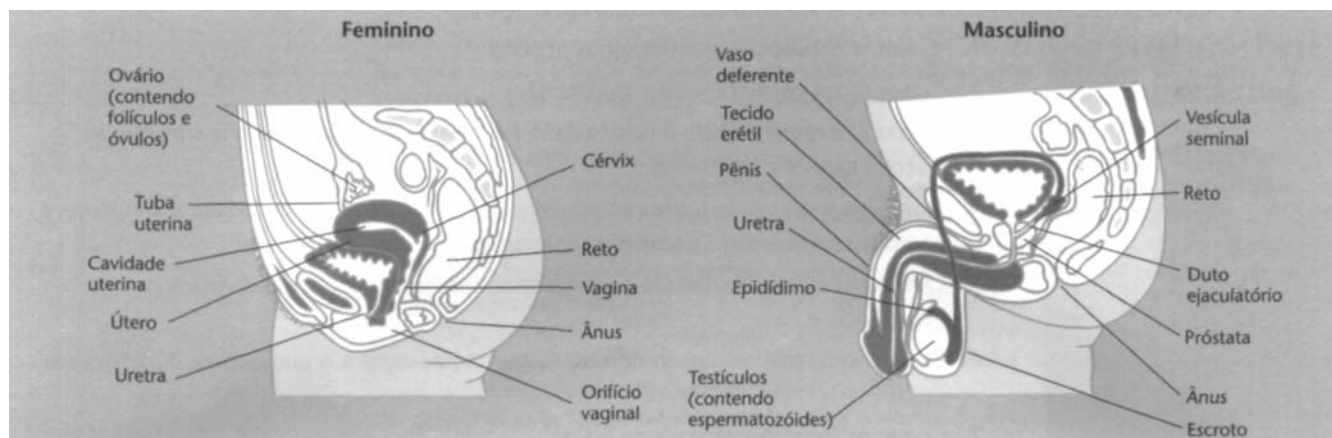
Fazer uma cópia genética de um indivíduo; um clone é uma cópia genética de um indivíduo.

fecundação

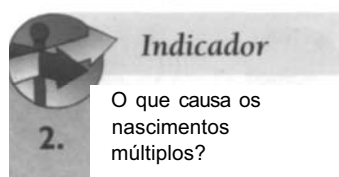
União de espermatozóide e óvulo, que se fundem para produzir um zigoto; também denominada *concepção*.

zigoto

Organismo unicelular resultante da fecundação.

**Figura 3-1**

Aparelhos reprodutivos humanos.

**gêmeos dizigóticos (dois ovos)**

Gêmeos concebidos pela união de dois óvulos diferentes (ou um único óvulo que se dividiu) com dois espermatozoides diferentes em um curto espaço de tempo; também chamados gêmeos *fraternos*.

gêmeos monozigóticos (um ovo)

Gêmeos que resultam da divisão de um único zigoto após a fecundação; também chamados gêmeos *idênticos*.

temperamento

Disposição característica de uma pessoa ou estilo de abordar e de reagir às situações.

Em uma mulher sexualmente madura, a *ovulação* - ruptura de um folículo maduro em um dos ovários e expulsão de seu óvulo - ocorre aproximadamente uma vez a cada 28 dias até a menopausa. O óvulo é arrastado através da tuba uterina por diminutas células filamentosas, denominadas *cílios*, em direção ao útero. A fecundação normalmente ocorre durante o curto espaço de tempo em que o óvulo está passando através da tuba uterina.

Os espermatozoides são produzidos nos testículos ou glândulas reprodutivas de um macho maduro (ver Figura 3-1) em uma taxa de centenas de milhões por dia e são ejaculados no sêmen no clímax sexual. Eles entram na vagina e nadam através do *cérnix* (a abertura do útero) para dentro das tubas uterinas, mas somente uma fração diminuta consegue chegar tão longe.

A fecundação é mais provável se a relação sexual ocorre no dia da ovulação ou durante os cinco dias precedentes (Wilcox, Weinberg e Baird, 1995). Se a fecundação não ocorre, o óvulo e os eventuais espermatozoides no corpo da mulher morrem. Os espermatozoides são absorvidos pelos leucócitos da mulher, e o óvulo passa pelo útero e sai através da vagina.

O Que Causa os Nascimentos Múltiplos?

Pensa-se que os nascimentos múltiplos ocorrem de duas maneiras. Mais comumente, o corpo da mulher libera dois óvulos em um curto espaço de tempo (ou, às vezes, um único óvulo pode se dividir, e, então, ambos são fecundados. Os bebês resultantes são **gêmeos dizigóticos (dois ovos)**, comumente chamados de *gêmeos fraternos*. A segunda maneira é quando um único óvulo fertilizado divide-se em dois. Os bebês que resultam dessa divisão celular são **gêmeos monozigóticos (um ovo)**, comumente chamados de *gêmeos idênticos*. Triplos, quádruplos e outros nascimentos múltiplos podem resultar de qualquer um desses processos ou de uma combinação de ambos.

Gêmeos monozigóticos possuem a mesma constituição hereditária e são do mesmo sexo, mas - em parte por causa de diferenças na experiência pré-natal, bem como na pós-natal - eles diferem em alguns aspectos. Podem não ser idênticos no **temperamento** (disposição ou modo de encarar e reagir às situações). Em algumas características físicas, como cabelos crespos, padrões dentais e preferência no uso das mãos, podem ser imagens espelhadas um do outro; um pode ser canhoto e o outro destro. Os gêmeos dizigóticos, que se criam de diferentes espermatozoides e geralmente de diferentes óvulos, não são mais semelhantes em constituição hereditária do que outros irmãos e podem ser do mesmo sexo ou de sexos opostos.

Os gêmeos monozigóticos - cerca de um terço de todos os gêmeos - parecem ser o resultado de um "acidente" do desenvolvimento pré-natal; sua incidência é aproximadamente a mesma em todos os grupos étnicos. Gêmeos dizigóticos são mais comuns entre afro-americanos, brancos da Europa do norte e indianos do leste, e são menos co-

muns entre outros asiáticos (Behrman, 1992). Essas diferenças podem ser consequência de tendências hormonais que podem tornar as mulheres de alguns grupos étnicos mais propensas a liberar mais do que um óvulo ao mesmo tempo.

A incidência de nascimentos múltiplos nos Estados Unidos cresceu rapidamente. Entre 1980 e 1997, os nascimentos de gêmeos vivos (que em 1997 formavam 94% dos nascimentos múltiplos) aumentaram em 52%, passando de 68.339 para 104.137, e o número de gêmeos triplos e múltiplos maiores quadruplicou de 1.337 para 6.737. Enquanto isso, o número de nascimentos únicos aumentou apenas 6%. O aumento nos nascimentos múltiplos deve-se em parte ao retardamento da gravidez, pois esses nascimentos ocorrem com mais facilidade em mulheres mais velhas. As taxas de nascimento de gêmeos para mulheres no final dos 40 anos multiplicaram-se mil vezes; em 1997, o número de gêmeos (444) nascidos de mulheres com idade entre 45 e 49 anos foi duas vezes e meia maior do que durante toda a década de 1980. Um fator mais importante na taxa de nascimentos múltiplos é a maior utilização de drogas para fertilidade, as quais estimulam a ovulação, e de técnicas como fertilização *in vitro* (ver Capítulo 14). Isso é preocupante, uma vez que os nascimentos múltiplos têm maior tendência a causar deficiência ou morte do bebê (Martin e Park, 1999).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar como e quando a fecundação normalmente ocorre?
- ✓ Distinguir gêmeos monozigóticos e dizigóticos e dizer como eles ocorrem?

Mecanismos da Hereditariedade



A ciência da genética é o estudo da *hereditariedade* - os fatores inatos, herdados dos pais biológicos, que influenciam o desenvolvimento. Quando o óvulo e o espermatozóide unem-se eles dotam o futuro bebê de uma composição genética que influencia uma ampla gama de características, da cor dos olhos e dos cabelos à saúde, ao intelecto e à personalidade.

Genes e Cromossomos

A unidade básica da hereditariedade é o **gene**. Os genes contêm todo o material hereditário transmitido dos pais biológicos para os filhos. Estima-se que cada célula do corpo humano contém de 60 a 100 mil genes, os quais são compostos por **ácido desoxirribonucléico (DNA)**. O DNA contém as instruções bioquímicas que informam às células como fazer as proteínas que lhes permitem realizar cada função corporal específica. Cada gene parece estar localizado por função em uma posição definida em uma estrutura em forma de bastonete chamada **cromossomo**.

Toda célula no corpo humano, com exceção das células sexuais, tem 23 pares de cromossomos - 46 ao todo. Mediante um complexo processo de divisão celular chamada *meiose*, cada célula sexual ou gameta (espermatozóide ou óvulo) termina com apenas 23 cromossomos - um de cada par. Assim, quando espermatozóide e óvulo fundem-se na concepção, eles produzem um zigoto com 46 cromossomos, a metade do pai e a metade da mãe.

Setenta e cinco por cento dos genes que toda criança recebe são idênticos àqueles recebidos por qualquer outra criança; eles são denominados *genes monomórficos* e definem características que permitem que uma pessoa possa ser reconhecida como humana. Os outros 25% dos genes de uma criança são *genes polimórficos*, os quais definem cada pessoa como um indivíduo. Como existem cerca de 20 mil ou mais genes polimórficos, muitos dos quais apresentando diversas variações, e, como a divisão meiótica é aleatória, é praticamente impossível que duas crianças quaisquer (que não sejam gêmeos monozigóticos) recebam exatamente a mesma combinação de genes.

Na concepção, portanto, o zigoto unicelular dispõe de todas as informações biológicas necessárias para orientar sua transformação em um bebê humano. Isso ocorre através da *mitose*, processo pelo qual as células dividem-se ao meio repetidamente. Cada divisão cria uma duplicata da célula original, com as mesmas informações hereditárias. Quando o desenvolvimento é normal, cada célula (exceto os gametas) continua tendo 46 cromossomos idênticos aos do zigoto original.



Indicador

3.

Como a hereditariedade funciona na determinação do sexo e na transmissão de traços normais e anormais?

gene

Unidade funcional básica da hereditariedade, a qual contém todo o material herdado transmitido dos pais biológicos para os filhos.

ácido desoxirribonucléico (DNA)

Substância química que forma os genes e que controla as funções das células corporais.

cromossomo

Uma das 46 estruturas em formato de bastonete que contém os genes.

O Que Determina o Sexo?

Em algumas sociedades, o fato de uma mulher não gerar crianças do sexo masculino é justificativa para divórcio. O irônico nesse costume é que é o espermatozóide do pai que determina o sexo de uma criança.

No momento da concepção, os 23 cromossomos do espermatozóide e os 23 do óvulo da mãe formam 23 pares. Vinte e dois pares são **autossomos**, cromossomos que não estão relacionados com a expressão sexual. O vigésimo terceiro par são **cromossomos sexuais** - um do pai e outro da mãe -, os quais determinam o sexo do bebê.

Os cromossomos sexuais são ou *cromossomos X* ou *cromossomos Y*. O cromossomo sexual de todo óvulo é um cromossomo X, mas o espermatozóide podem conter um cromossomo X ou Y. O cromossomo Y contém o gene da masculinidade, o gene SRY. Quando um óvulo (X) é fecundado por um espermatozóide portador de X, o zigoto formado é XX, uma fêmea. Quando o óvulo (X) é fecundado por um espermatozóide portador de Y, o zigoto resultante é XY, um macho (ver Figura 3-2).

Inicialmente, o sistema reprodutivo rudimentar do embrião não é diferente em machos e fêmeas. Cerca de 6 a 8 semanas após a concepção, os embriões masculinos normalmente começam a produzir o hormônio masculino testosterona. A exposição a níveis constantes e elevados de testosterona resulta no desenvolvimento de um corpo masculino com órgão sexuais masculinos.

Até pouco tempo atrás, presumia-se que o sexo feminino era uma "configuração genética automática", a qual vigora a menos que um gene de masculinidade e a resultante exposição a hormônios masculinos a sobrepujem. Hoje, contudo, parece que o desenvolvimento de características femininas é controlado por uma molécula sinalizadora denominada *Wnt-4*, cuja mutação pode "masculinizar" um feto geneticamente feminino (Vainio, Heikkilä, Kispert, Chin e McMahon, 1999). Além disso, uma cópia extra do gene DDS no cromossomo X em um feto geneticamente masculino parece ser capaz de sobrepujar o gene SRY no cromossomo Y, o qual normalmente desencadeia um desenvolvimento sexual masculino (Bardoni et al., 1994). Portanto, a diferenciação sexual parece ser um processo mais complexo do que se pensava.

Padrões de Transmissão Genética

Durante a década de 1860, o monge austríaco Gregor Mendel estabeleceu as bases para nossa compreensão dos padrões de hereditariedade. Ele interpolizou pés de ervilhas que produziam somente sementes amarelas com plantas que produziam somente sementes verdes. As plantas híbridas resultantes produziam sementes amarelas, significando, disse ele, que o amarelo era *dominante* em relação ao verde. Mas, quando as híbridas foram polinizadas entre si, apenas 75% de sua descendência tinham sementes amarelas, e os outros 25% tinham sementes verdes. Isso provava, segundo Mendel, que uma característica hereditária (nesse caso, a cor verde) pode ser *recessiva*, isto é, transmitida por um organismo que não a expressa ou apresenta.

Mendel também fez experimentos com dois traços ao mesmo tempo. Polinizando pés de ervilha que produziam sementes amarelas lisas com plantas que produziam sementes verdes enrugadas, ele descobriu que cor e forma eram independentes uma da outra. Mendel assim demonstrou que os traços hereditários são transmitidos separadamente.

Hoje sabemos que o quadro genético nos humanos é muito mais complexo do que Mendel imaginava. A maioria das características humanas enquadra-se em um espectro contínuo (por exemplo, da pele clara à escura). Além da capacidade de enrolar a língua ao comprido, é difícil encontrar um único traço normal que as pessoas herdem por simples transmissão dominante. Vamos examinar as diversas formas de hereditariedade.

autossomos

Os 22 pares de cromossomos que não são relacionados à expressão sexual.

cromossomos sexuais

Par de cromossomos que determina o sexo: XX na mulher normal, XY no homem normal.

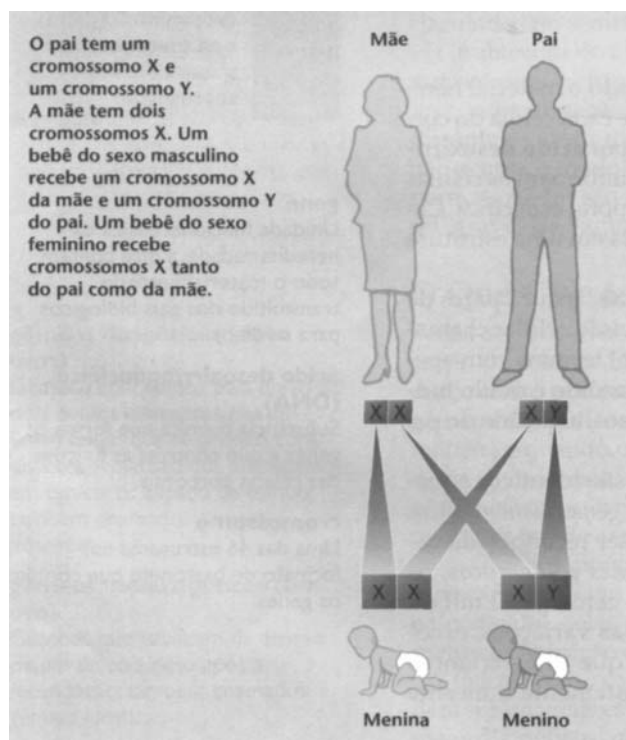


Figura 3-2

Determinação do sexo. As mulheres possuem dois cromossomos X; os homens possuem um cromossomo X e um cromossomo Y. Como todos os bebês recebem um cromossomo X da mãe, o sexo depende de receber-se um cromossomo X ou Y do pai.

Herança Dominante e Recessiva

Se você consegue enrolar a língua ao comprido, herdou essa capacidade através de *herança dominante*. Se você é ruivo, mas seus pais têm cabelos escuros, é porque ocorreu *herança recessiva*. Como funcionam esses dois tipos de herança?

Os genes que podem produzir expressões alternativas de uma característica (como a capacidade ou a incapacidade de enrolar a língua) são denominados **alelos**. Toda pessoa recebe um par de alelos para uma determinada característica, um de cada pai biológico. Quando os dois alelos são iguais, a pessoa é **homozigótica** para a característica; quando eles são diferentes, a pessoa é **heterozigótica**. Na **herança dominante**, quando uma pessoa é heterozigótica para um determinado traço, quem governa é o alelo dominante. Em outras palavras, quando os descendentes recebem alelos para dois traços contraditórios, somente um deles, o dominante, será expresso. A **herança recessiva**, a expressão de um traço recessivo, ocorre somente quando uma pessoa recebe o alelo recessivo de ambos os pais.

Se você herdou de cada genitor um alelo para a capacidade de enrolar a língua (ver Figura 3-3), você é homozigótico para esse traço e é capaz de enrolar a língua. Mas digamos que sua mãe transmitiu um alelo para essa capacidade, e seu pai transmitiu um alelo sem ele, então você é heterozigótico. Como a capacidade é dominante (D) e sua ausência é recessiva (d), você, mais uma vez, é capaz de enrolar a língua. Mas se você recebesse o alelo recessivo de ambos os pais, não seria capaz de enrolar a língua ao comprido.

A maioria dos traços parece ser transmitida pela interação de vários genes com efeitos de variada intensidade ou **lôcus de traços quantitativos (LTQ)**. A existência de LTQ é um dos motivos pelos quais a simples dominância e recessividade não podem explicar a transmissão de traços humanos complexos como a inteligência, a qual pode ser influenciada por 50 ou mais genes. Na verdade, enquanto existem mais de mil genes raros que determinam individualmente traços anormais, não existe um único gene conhecido que, sozinho, seja significativamente responsável pelas diferenças individuais em qualquer comportamento normal complexo. Em vez disso, esses comportamentos tendem a ser influenciados por muitos genes com efeitos pequenos, mas, às vezes, identificáveis (Plomin, 1995).

Além disso, a **transmissão multifatorial**, uma combinação de fatores genéticos e ambientais, desempenha um papel na expressão da maioria dos traços. Vejamos de que forma.

Genótipos e Fenótipos: Transmissão Multifatorial

Se você é capaz de enrolar a língua, essa capacidade faz parte de seu **fenótipo**, o conjunto de características observáveis através das quais o seu **genótipo**, ou constituição genética básica se expressa. Com exceção dos gêmeos monozigóticos, não existem duas pessoas que tenham o mesmo genótipo. O fenótipo é o produto do genótipo mais quaisquer influências ambientais relevantes.

Como mostra a Figura 3-3, a mesma característica fenotípica pode surgir de diferentes genótipos: ou uma combinação homozigótica de dois alelos dominantes ou uma combinação heterozigótica de um alelo dominante e um alelo recessivo. Se você é heterozigótico para enrolar a língua e tiver quatro filhos com alguém que também é heterozigótico para esse traço, a probabilidade estatística é a de que um dos filhos será homozigótico para essa capacidade, outro será homozigótico sem ela, e os outros dois serão heterozigóticos. Assim, três dos filhos de vocês terão fenótipos que incluem enrolar a língua (eles serão capazes de enrolar a língua ao comprido, mas essa capacidade terá por base dois padrões genotípicos diferentes (homozigótico e heterozigótico)).

A capacidade para enrolar a língua possui uma forte base genética; na maioria dos traços, entretanto, a experiência modifica a expressão do genótipo. Vamos supor que Steven herdou um talento musical. Se ele fizer aulas de música e praticar regularmente, poderá encantar a família tocando. Se sua família aprecia música clássica e estimulá-lo, ele pode tocar prelúdios de Bach; se as outras crianças em seu bairro o influenciam a preferir música popular, ele pode vir a formar uma banda de rock. Entretanto, se desde a tenra infância ele não for encorajado e motivado a tocar música, e se não tiver acesso a um instrumento musical e a aulas de música, seu genótipo para capacidade musical poderá não se expressar (ou poderá expressar-se em grau menor) em seu fenótipo.

alelos

Pares de genes (iguais ou diferentes) que afetam um determinado traço.

homozigótico

Possuidor de dois alelos idênticos para um traço.

heterozigótico

Possuidor de dois alelos diferentes para um traço.

herança dominante

Padrão de herança em que, quando um indivíduo recebe alelos contraditórios para um traço, somente o dominante é expresso.

herança recessiva

Padrão de transmissão em que um indivíduo recebe alelos recessivos idênticos de ambos os pais, resultando na expressão de um traço recessivo (não-dominante).

lôcus de traços quantitativos (LTQ)

Interação de múltiplos genes, cada um com efeitos de variada magnitude, para produzir um traço complexo.

transmissão multifatorial

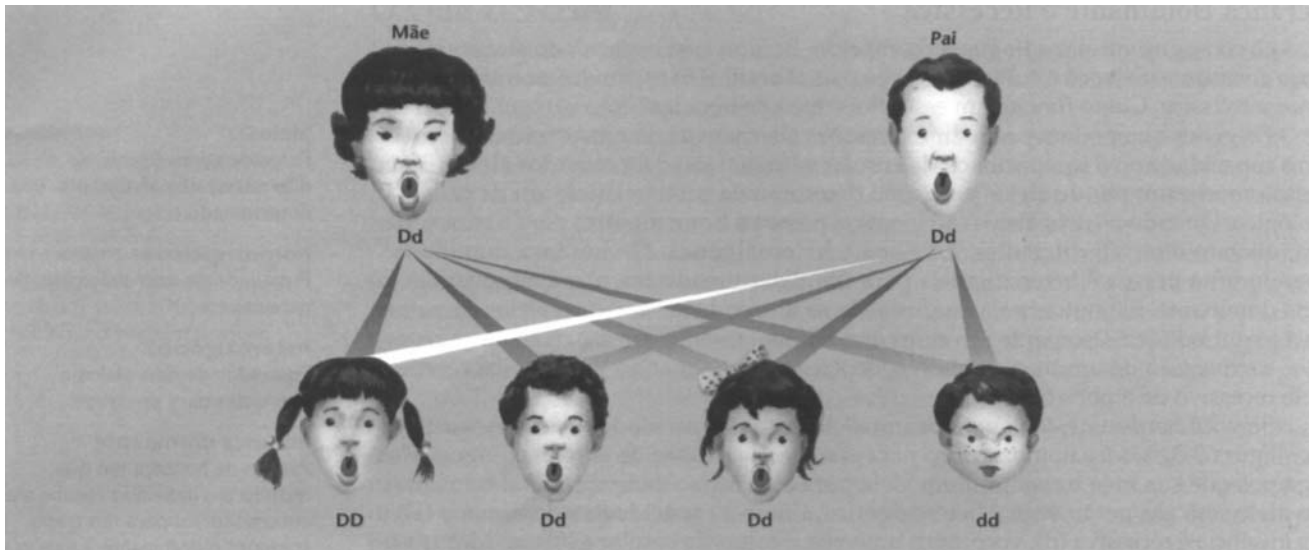
Combinação de fatores genéticos e ambientais para produzir certos traços complexos.

fenótipo

Características observáveis de uma pessoa.

genótipo

Constituição genética de uma pessoa, contendo características tanto expressas quanto não-expressas.

**Figura 3-3**

Fenótipos e Genótipos. Por causa da herança dominante, o mesmo fenótipo observável (neste caso, a capacidade de enrolar a língua ao comprido) pode resultar de dois genótipos (padrões genéticos) diferentes. Os genótipos desta mãe e deste pai são heterozigóticos; cada um deles possui um gene dominante (D) para a capacidade e um gene recessivo (d) sem a capacidade. Como a capacidade é dominante, ambos são capazes de enrolar a língua. Cada filho recebe de cada genitor um gene para esse traço. Médias estatísticas prevêem que três a cada quatro filhos nesta família expressarão o traço em seus fenótipos (ou seja, são capazes de enrolar sua língua). Duas dessas crianças (*centro*) terão genótipos heterozigóticos (Dd), como os pais; a terceira (*esquerdo*) com o mesmo fenótipo terá um genótipo homozigótico (DD). A quarta (*direita*) receberá genes recessivos de ambos os pais e será incapaz de enrolar a língua. Um fenótipo que expressa uma característica recessiva (como a incapacidade de enrolar a língua) deve possuir um genótipo homozigótico (dd).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar por que não existem duas pessoas, exceto os gêmeos monozigóticos, com a mesma herança genética?
- ✓ Explicar por que é o espermatozóide que determina o sexo de um bebê?
- ✓ Dizer como as heranças dominante e recessiva funcionam e por que a maioria dos traços anormais não são produtos de transmissão dominante ou recessiva?

Algumas características físicas (incluindo altura e peso) e a maioria das características psicológicas (como inteligência e traços de personalidade, assim como talento para música) são produtos de transmissão multifatorial.

A diferença entre genótipo e fenótipo ajuda a explicar por que até mesmo um clone nunca será uma duplicata exata de outro ser humano (ver Quadro 3-1). Posteriormente, neste capítulo, discutiremos mais detalhadamente como as influências ambientais atuam junto com a dotação genética para influenciar o desenvolvimento.

Anormalidades Genéticas e Cromossômicas

Os distúrbios congênitos foram responsáveis por 22% dos óbitos em 1997 (Hoyert, Kochanek e Murphy, 1999). A maioria das malformações graves envolvem o sistema circulatório ou o sistema nervoso central (ver Tabela 3-1).

É nos defeitos e nas doenças congênitas que vemos com mais clareza o funcionamento da transmissão dominante e recessiva em humanos e também de uma variante, a *herança vinculada ao sexo*. Alguns defeitos devem-se a anormalidades em genes ou cromossomos. Alguns se devem a *mutações*: alterações permanentes em genes ou cromossomos que, muitas vezes, produzem características prejudiciais. As mutações podem ocorrer espontaneamente, ou podem ser induzidas por ameaças ambientais, como radiação. Muitos distúrbios surgem quando uma predisposição herdada interage com um fator ambiental, quer antes quer depois do nascimento. A espinha bífida (fechamento incompleto do canal vertebral) e a fenda palatina (uma fissura no céu da boca) provavelmente resultam de transmissão multifatorial. O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é considerado um dos diversos transtornos de comportamento transmitidos por múltiplos fatores.

Defeitos Transmitidos por Herança Dominante

Na maioria das vezes, os genes normais são dominantes em relação àqueles que transmitem traços anormais, mas, às vezes, o gene de um traço anormal é dominante. Quan-



Aperfeiçoando o Conhecimento

Quadro 3-1

Clonagem Humana: Questões e Implicações

Agora que os cientistas conseguiram clonar ovelhas e camundongos, clonar seres humanos parece o próximo passo provável. Seremos em breve capazes de duplicar um Mozart ou um Einstein? Os cientistas têm o direito de "brincar de Deus" com a vida e com a personalidade humanas?

Talvez o uso mais conhecido da clonagem seja na horticultura: os jardineiros reproduzem um espécime vegetal apreciado por seu vigor ou por sua beleza retirando mudas da planta madura e fazendo-as criar raízes. Clonar seres humanos seria muito mais complicado. Um óvulo teria que ser retirado do corpo de uma mulher e colocado em um tubo de ensaio. Seu núcleo seria substituído pelo núcleo de uma célula do corpo da pessoa a ser clonada - uma célula que contenha todos os pares de cromossomos presentes no zigoto. Depois do início da divisão celular, a blástula resultante seria implantada no útero de uma mulher, a qual, no devido tempo, daria luz a um bebê dotado da mesma constituição genética que o doador do núcleo.

A capacidade de replicar seres humanos oferece possibilidades intrigantes. Em termos mais genéricos, a seleção consciente de indivíduos para clonagem pode elevar o nível genético da espécie humana. Em termos individuais, poderia dar aos casais estéreis ou àqueles em que um dos parceiros tem um perfil genético arriscado uma opção adicional para produzir uma criança geneticamente relacionada a pelo menos um deles. Ou um casal poderia optar por clonar algum dos descendentes existentes, um genitor ou filho morto ou em estado terminal, ou alguém que precisa de um transplante de tecido ou órgão, mas não tem um doador adequado.

Esses possíveis usos da clonagem geram tantas preocupações em algumas pessoas que o congresso dos Estados Unidos tem debatido propostas para proibir a clonagem humana. As principais questões éticas envolvem a santidade e a dignidade da vida humana. Os que se opõem à clonagem alegam que ela desvalorizaria os seres humanos ao privá-los de sua singularidade e tratá-los como "mercadorias intercambiáveis" (Anas, 1998, p. 123).

Na verdade, um clone não é muito diferente de um gêmeo "idêntico" nascido posteriormente, criado pelo "gêmeo" mais velho e seu esposo ou esposa. Esses relacionamentos podem envolver novos desafios, mas afirma-se que esses desafios poderiam ser enfrentados através de regulamentação que exigisse consentimento informado e aconselhamento para o casal,

garantias dos direitos e das responsabilidades dos pais e - para desestimular a utilização comercial da clonagem - limite para o número de clones oriundos de qualquer indivíduo (Robertson, 1998).

Tanto os possíveis motivos para clonagem como a argumentação contra ela podem refletir uma incompreensão do papel dos genes na desenvolvimento humano. Embora a clonagem possa produzir genótipos idênticos, ela não pode produzir fenótipos idênticos. Como os gêmeos monozigóticos, os clones não pareceriam, sentiriam, seriam ou agiriam exatamente como seus doadores genéticos - na verdade, isso ocorreria ainda menos, pois eles se desenvolveriam em ambientes uterinos diferentes e cresceriam em circunstâncias diferentes. Até a aparência física pode ser afetada pelas experiências pré-natais, como o modo como um feto liga-se à placenta e as substâncias que absorve do sangue da mãe (Eisenberg, 1999). O desenvolvimento cerebral, tanto antes como depois do nascimento, depende muito de uma combinação de maturação e experiência. E características complexas, como inteligência e personalidade, dependem de um entrelaçamento praticamente inseparável entre natureza e experiência.

Assim, "para produzir outro Wolfgang Amadeus Mozart, precisaríamos não apenas do genoma (constituição genética) de Mozart, mas também do útero de sua mãe, das aulas de música de seu pai, dos amigos dos pais e do próprio Mozart, da situação da música no século XVIII na Áustria, da proteção de Haydn, e assim por diante.... Não [podemos presumir] que o genoma dele, cultivado em outro mundo e em outra época, resultaria no mesmo gênio musical. Se uma determinada espécie de trigo produz diferentes safras em diferentes condições de clima, solo e cultivo, como podemos presumir que um genoma tão mais complexo como o de um ser humano produziria sua desejada safra de óperas, sinfonias e música de câmara sob diferentes condições de criação?" (Eisenberg, 1999, p. 474).

Na verdade, em vez de aperfeiçoar a espécie humana, a ampla utilização da clonagem poderia ter um efeito *negativo*. Ela poderia limitar a adaptabilidade do *pool* de genes humanos ao enfatizar características (como a capacidade musical de Mozart) que tiveram êxito em determinados ambientes, mas que poderiam mostrar-se menos bem-sucedidas em outras circunstâncias imprevistas. "A evolução social exige novos tipos de homens e mulheres. A clonagem nos condenaria a sempre planejar o futuro com base no passado" (Eisenberg, 1999, p. 473).

do um dos genitores tem um gene anormal dominante e um gene normal recessivo, e o outro genitor tem dois genes normais recessivos, cada um de seus filhos tem uma chance de 50% de herdar o gene anormal (ver Figura 3-4). Como o gene anormal é dominante, toda criança que o recebe terá o defeito. (Evidentemente, se um dos pais tem *dois* genes anormais dominantes, ou seja, se um dos pais é homozigótico para a condição, *todos* os filhos serão afetados.) Entre os 1.800 distúrbios conhecidos que são transmitidos por herança dominante estão a acondroplasia (uma tipo de nanismo) e a doença de Huntington.

Tabela 3-1 Alguns Defeitos Congênitos

Problema	Características da Condição	Quem está em Risco	O Que Pode ser Feito
<i>Deficiência de a, antitripsina</i>	Deficiência enzimática que pode acarretar cirrose hepática na primeira infância e enfisema e doença pulmonar degenerativa na meia-idade.	Um em cada 1.000 nascimentos brancos	Não há tratamento.
<i>a talassemia</i>	Anemia grave que reduz a capacidade do sangue de transportar oxigênio; quase todos os bebês afetados são natimortos, ou morrem logo após o nascimento.	Principalmente famílias provenientes da Malásia, África e sudeste asiático	Transfusões freqüentes de sangue.
<i>fi talassemia (anemia de Cooley)</i>	Anemia grave que provoca fraqueza, fadiga e doenças freqüentes; geralmente fatal na adolescência ou início da idade adulta.	Principalmente famílias de descendência mediterrânea	Transfusões freqüentes de sangue.
<i>Fibrose cística</i>	O corpo produz muco excessivo, o qual se acumula nos pulmões e no trato digestivo; as crianças não crescem normalmente e geralmente não vivem além dos 30 anos, embora algumas consigam viver mais; o mais comum dos defeitos letais herdados por pessoas brancas.	Um em cada 2 mil nascimentos brancos	Terapia física diária para amolecer o muco; antibióticos para infecções pulmonares; enzimas para melhorar digestão; terapia genética (em fase experimental); transplante de pulmão (em fase experimental).
<i>Distrofia muscular de Duchenne</i>	Doença fatal geralmente encontrada em homens, marcada por fraqueza muscular; retardo mental leve é comum; insuficiência respiratória e morte geralmente ocorrem no início da idade adulta.	Um em cada 3 a 5 mil nascimentos masculinos	Não há tratamento.
<i>Hemofilia</i>	Hemorragias excessivas, que geralmente afetam mais os homens do que as mulheres; em sua forma mais grave, pode levar à artrite comprometedora na idade adulta.	Um em cada 10 mil; famílias com história de hemofilia.	Transfusões de sangue freqüentes com fatores de coagulação.
Defeitos do Tubo Neural:			
<i>Anencefalia</i>	Ausência de tecido cerebral; bebês são natimortos, ou morrem logo após o nascimento	Um em cada 1.000	Não há tratamento.
<i>Espinha bífida</i>	Canal espinhal não completamente fechado, resultando em fraqueza ou paralisia dos músculos e perda do controle dos intestinos e da bexiga; freqüentemente acompanhada de hidrocefalia, acúmulo de líquido espinhal no cérebro, que pode levar a retardo mental.	Um em cada 1.000	Cirurgia para fechar o canal espinhal impede danos adicionais; desvio colocado no cérebro drena o excesso de líquido e previne retardo mental.
<i>Fenilcetonúria</i>	Distúrbio metabólico que provoca retardo mental.	Um em de 10 mil a 25 mil nascimentos	Dieta especial iniciada nas primeiras semanas de vida pode evitar retardo mental.
<i>Doença policística renal</i>	<i>Forma infantil:</i> rins dilatados, levando a problemas respiratórios e insuficiência cardíaca congestiva. <i>Forma adulta:</i> dor renal, pedras nos rins e hipertensão, resultando em insuficiência renal crônica. Sintomas geralmente começam em torno dos 30 anos.	Um em cada 1.000	Transplante de rins.
<i>Anemia falciforme</i>	Eritrócitos deformados e frágeis que podem obstruir os vasos sanguíneos, privando o organismo de oxigênio; sintomas incluem dor intensa, paralisação do crescimento, infecções freqüentes, ulcerações nas pernas, cálculos biliares, suscetibilidade à pneumonia e a derrame cerebral.	Um em cada 500 afro-americanos	Analgésicos, transfusões para anemia e para prevenir derrames, antibióticos para as infecções.
<i>Doença de Tay-Sachs</i>	Doença degenerativa do cérebro e das células nervosas, resultando em morte antes dos 5 anos.	Um em cada 3 mil judeus do leste europeu, mais rara em outros grupos	Não há tratamento.

Defeitos Transmitidos por Herança Recessiva

Os defeitos recessivos só se manifestam se a criança recebe o mesmo gene recessivo de cada um dos pais biológicos. Vamos supor que apenas um dos genitores - digamos, o pai - tem o gene recessivo defeituoso. Se ele for homozigótico para o traço (tem dois alelos para ele), ele tem o distúrbio; se ele for heterozigótico (tem um alelo normal e um defeituoso), ele é *portador* do defeito, mas não sofre dele. Em qualquer um dos casos, nenhum de seus filhos irá apresentar o defeito, porque a mãe não é portadora do gene defeituoso. Entretanto, o pai pode passar o gene defeituoso para os filhos, e eles têm 50% de chance de serem portadores e transmitirem-no para as gerações futuras. Se *ambos* os pais forem portadores (ver Figura 3-5), embora *eles* não sejam afetados, cada filho tem 25% de chance de herdar o gene anormal de ambos os pais e sofrer do distúrbio, bem como 50% de chance de ser um portador. Alguns defeitos transmitidos recessivamente, como a doença de Tay-Sachs, e a anemia falciforme, são mais comuns entre certos grupos étnicos, os quais, através de casamento e reprodução dentro do grupo, têm repassado características recessivas (ver Tabela 3-2).

Os defeitos transmitidos por herança recessiva tendem a ser mais letais nos primeiros anos de vida do que aqueles transmitidos por herança dominante. Se um defeito transmitido por dominância matasse uma pessoa antes da idade de reprodução, ele não poderia ser transmitido à geração seguinte e, assim, desapareceria em pouco tempo. Um defeito recessivo pode ser transmitido por portadores que não possuem o distúrbio e, assim, podem viver para se reproduzir.

Defeitos Transmitidos por Herança Vinculada ao Sexo

Na **herança vinculada ao sexo**, certos distúrbios recessivos ligados a genes nos cromossomos sexuais manifestam-se de maneira diferente em crianças do sexo masculino e feminino. O daltonismo é uma dessas doenças vinculadas ao sexo. Outra é a hemofilia, distúrbio no qual o sangue não coagula normalmente.

Os traços recessivos vinculados ao sexo são transmitidos em um dos cromossomos X de uma mãe não-afetada. Os distúrbios vinculados ao sexo quase sempre mani-

herança vinculada ao sexo

Padrão de herança em que certas características presentes no cromossomo X herdado da mãe são transmitidas de forma diferente a seus descendentes masculinos e femininos.

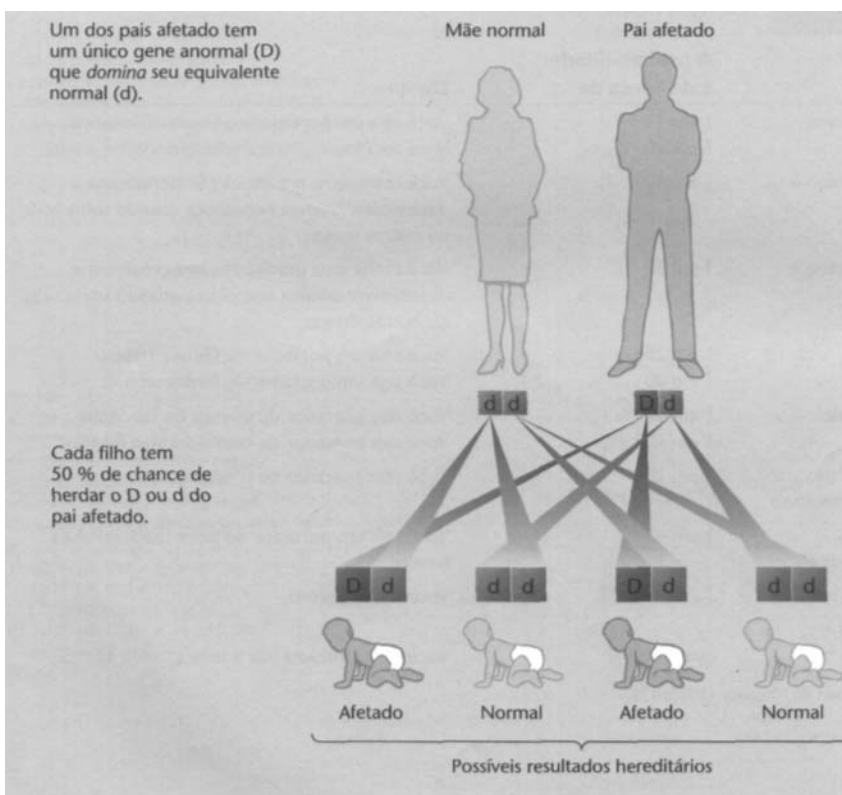
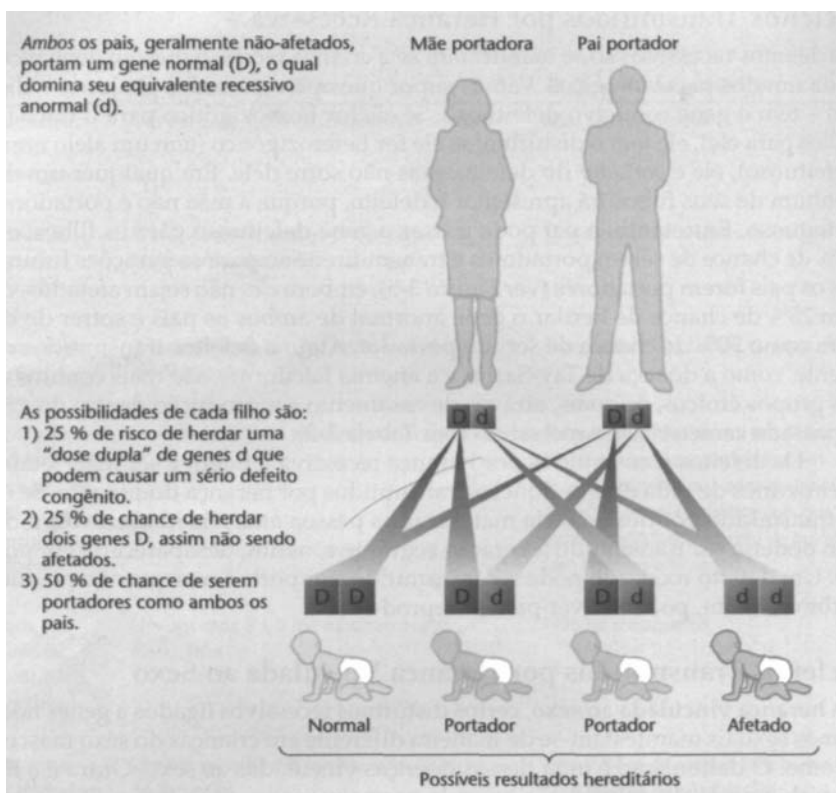


Figura 3-4

Herança dominante de um defeito congênito

**Figura 3-5**

Herança recessiva de um defeito congênito.

Tabela 3-2**Probabilidade de Distúrbios Genéticos em Diversos Grupos Étnicos**

Se você é	A probabilidade é de cerca de	De que
Afro-americano	1 em 12 7 em 10	Você seja um portador de anemia falciforme. Você terá intolerância a leite quando for adulto.
Afro-americano e masculino	1 em 10	Você tenha uma predisposição hereditária a desenvolver anemia hemolítica quando toma sulfá ou outras drogas.
Afro-americano e feminino	1 em 50	Você tenha uma predisposição hereditária a desenvolver anemia hemolítica quando toma sulfá ou outras drogas.
Branco	1 em 25 1 em 80	Você seja um portador de fibrose cística. Você seja um portador de fenilcetonúria.
Judeu do leste europeu	1 em 30 1 em 100	Você seja portador da doença de Tay-Sachs. Você seja portador de desautonomia familiar.
Ítalo-americano ou greco-americano	1 em 10	Você seja portador de β talassemia.
Armênio ou judeu (sefardita)	1 em 45	Você seja um portador de febre mediterrânea familiar.
Africânder (branco sul africano)	1 em 330	Você tenha porfiria.
Asiático	quase 100 %	Você tenha intolerância a leite quando adulto.

Fonte: Adaptado de Milunsky, 1992, p.122.

festam-se apenas em crianças do sexo masculino; nas fêmeas, o gene dominante normal no cromossomo X do pai sobrepõe o gene defeituoso no cromossomo X da mãe. Os meninos são mais vulneráveis a esses distúrbios, porque não existe um gene dominante oposto no cromossomo Y mais curto do pai para sobrepôr o defeito no cromossomo X da mãe.

Cada filho de um homem normal e de uma mulher que é portadora tem 50% de chance de herdar o gene prejudicial da mãe - e o distúrbio - e 50% de chance de receber o cromossomo X normal da mãe e não ser afetado (ver Figura 3-6). As filhas têm 50% de chance de serem portadoras. Um pai não-afetado não pode passar esse gene para seus filhos, pois ele passa um cromossomo Y para eles; mas ele pode passar o gene para as filhas, que então tornam-se portadoras.

Às vezes, é possível uma mulher herdar uma condição vinculada ao sexo. Por exemplo, se o pai dela é hemofílico e a mãe casualmente é portadora do distúrbio, a filha tem 50% de chance de receber o cromossomo X anormal de cada um dos pais e ter a doença.

Anomalias Cromossômicas

Estima-se que aproximadamente uma de cada 156 crianças nascidas em países ocidentais tem alguma anomalia cromossômica (Milunsky, 1992). Algumas dessas anomalias são herdadas; outras resultam de acidentes durante o desenvolvimento pré-natal e tendem a não voltar a ocorrer na mesma família.

Alguns distúrbios cromossômicos, como a síndrome de Klinefelter, são causados por um cromossomo sexual extra (demonstrado pelo padrão XXY). Outros, como a síndrome de Turner, resultam da ausência de um cromossomo sexual (XO). As características dos distúrbios dos cromossomos sexuais mais comuns são apresentadas na Tabela 3-3.

Outras anomalias cromossômicas ocorrem nos autossomos. A mais comum delas, a **síndrome de Down**, é responsável por cerca de um terço de todos os casos de retardamento mental moderado a severo. A doença também é chamada de trissomia 21 por-

síndrome de Down

Transtorno cromossômico caracterizado por retardo mental moderado a severo e por sinais físicos, como pele dobrada para baixo nos cantos internos dos olhos.



Este menino mostra a principal característica de identificação da síndrome de Down: uma dobra na pele inclinada para baixo nos cantos internos dos olhos. Embora a síndrome de Down seja uma causa importante de retardamento mental, as crianças com essa anomalia cromossômica têm boas chances de terem uma vida produtiva.

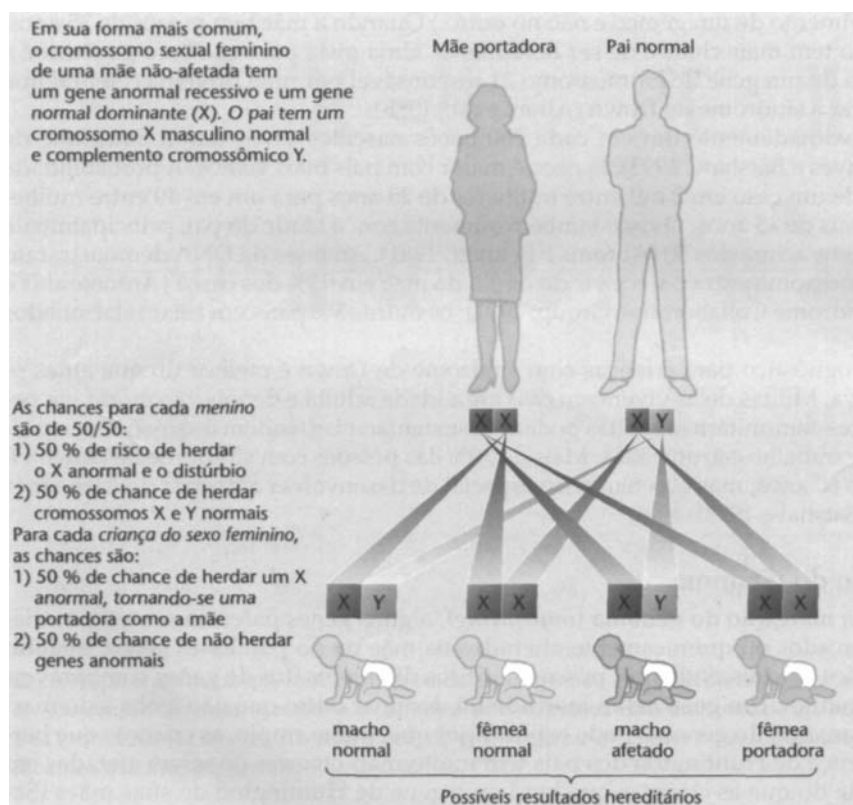


Figura 3-6

Herança vinculada ao sexo de um defeito congênito.

Tabela 3-3 Anomalias dos Cromossomos Sexuais

Padrão/Nome	Característica*	Incidência	Tratamento
XXY	Masculino; alta estatura; tendência para baixo QI; especialmente verbal.	Um em 1.000 nascimentos masculinos	Não há tratamento especial
XXX (X triplo)	Feminino, aparência normal, irregularidades menstruais, distúrbios de aprendizagem, retardo mental.	Um em cada 1.000 nascimentos femininos	Educação especial
XXY (Klinefelter)	Masculino, esterilidade, características sexuais secundárias subdesenvolvidas, testículos pequenos, transtornos de aprendizagem	Um em 1.000 nascimentos masculinos	Terapia hormonal, educação especial
XO (Turner)	Feminino, baixa estatura, pescoço palmado, capacidade espacial prejudicada, ausência de menstruação, esterilidade, órgãos sexuais subdesenvolvidos, desenvolvimento incompleto das características sexuais secundárias.	Um em 1.500 a 2.500 nascimentos femininos	Terapia hormonal, educação especial
X frágil	Retardo mental de leve a moderado; os sintomas, que são mais severos nos homens, incluem atraso no desenvolvimento motor e da linguagem, problemas de fala e hiperatividade; a forma herdada de retardo mental mais comum.	Um em 1.200 nascimentos masculinos; Um em 2.000 nascimentos femininos	Terapias educacionais e comportamentais quando necessário.

* Nem toda pessoa afetada tem todas as características.

que geralmente é causada por um vigésimo primeiro cromossomo extra ou pela transposição de parte do vigésimo primeiro cromossomo para outro cromossomo. A característica física mais evidente associada ao distúrbio é um dobra na pele inclinada para baixo nos cantos internos dos olhos.

Mais de 90% dos casos de síndrome de Down são causados por um erro na distribuição cromossômica durante o desenvolvimento do óvulo, espermatozóide ou zigoto. (Um de dois gêmeos idênticos pode ter o distúrbio, pois esse acidente pode ocorrer no desenvolvimento de um gêmeo e não no outro.) Quando a mãe tem menos de 35 anos, o distúrbio tem mais chance de ser hereditário. Uma pista para sua base genética é a descoberta de um gene no cromossomo 21 responsável por uma proteína cerebral que parece levar à síndrome de Down (Allore et al., 1988).

Aproximadamente um em cada 700 bebês nascidos vivos tem a Síndrome de Down (Hayes e Batshaw, 1993). O risco é maior com pais mais velhos. A probabilidade aumenta de um caso em 2 mil entre mulheres de 25 anos para um em 40 entre mulheres com mais de 45 anos. O risco também aumenta com a idade do pai, principalmente entre homens acima dos 50 (Abroms e Bennett, 1981). Análises de DNA demonstraram que o cromossomo extra parece vir do óvulo da mãe em 95% dos casos (Antonarakis e Down Syndrome Collaborative Group, 1991); os outros 5% parecem estar relacionados com o pai.

O prognóstico para crianças com síndrome de Down é melhor do que antes se considerava. Muitas delas vivem em casa até a idade adulta e depois vão morar em pequenos lares comunitários. Muitas podem se sustentar; elas tendem a sair-se bem em situações de trabalho estruturadas. Mais de 70% das pessoas com síndrome de Down vivem até os 60 anos, mas elas têm risco especial de desenvolver a doença de Alzheimer (Hayes e Batshaw, 1993).

Marcação do Genoma

Através da **marcação do genoma (*imprinting*)**, alguns genes parecem ser temporariamente marcados ou quimicamente alterados na mãe ou no pai. Esses genes, quando transmitidos aos descendentes, possuem efeitos diferentes dos de genes comparáveis do outro genitor. Um gene assim marcado irá dominar outro que não tenha sido marcado. A marcação do genoma pode explicar por que, por exemplo, as crianças que herdam a doença de Huntington dos pais têm muito mais chances de serem afetadas em tenra idade do que as crianças que herdam o gene de Huntington de suas mães (Sapienza, 1990).

marcação do genoma (*imprinting*)

Processo pelo qual genes que foram temporariamente alterados quimicamente na mãe ou no pai têm diferentes efeitos quando transmitidos à prole.

Um exemplo particularmente dramático de marcação do genoma apareceu entre 80 meninas e moças com síndrome de Turner, na qual um cromossomo X está faltando (ver Tabela 3-3). Aquelas que tinham recebido seu único cromossomo X de seus pais tinham melhor ajustamento social e melhores habilidades verbais e cognitivas do que aquelas que tinham recebido o cromossomo X de suas mães. Isso sugere que a competência social é influenciada por um ou mais genes marcados no cromossomo X, o qual é "desligado" quando esse cromossomo vem da mãe (Skuse et al., 1997).

Aconselhamento Genético

O aconselhamento genético pode ajudar os futuros pais a avaliar seu risco de terem filhos com defeitos genéticos ou cromossômicos (ver Quadro 2-1). Aqueles que já tiveram um filho com um defeito genético, que têm história de doença hereditária na família, que sofrem de condições que se sabe ou se suspeita serem herdadas, ou que pertencem a grupos étnicos com risco maior do que mediano de transmitir genes de certas doenças, podem obter informações sobre sua probabilidade de produzir crianças afetadas.

O conselheiro genético pode ser um pediatra, um obstetra, um médico da família, uma enfermeira ou um especialista genético. Ele faz um registro completo da história familiar, além de exames físicos nos futuros pais e eventuais filhos biológicos. Exames laboratoriais de sangue, pele, urina ou impressões digitais também podem ser realizados. Cromossomos de tecidos corporais podem ser analisados e fotografados, e as fotografias dos cromossomos ampliadas e organizadas de acordo com tamanho e estrutura em um quadro chamado de *cariótipo*. Esse quadro pode mostrar anomalias cromossômicas e indicar se uma pessoa que parece normal poderia transmitir defeitos genéticos para um filho (ver Figura 3-7). O conselheiro procura ajudar os clientes a entenderem o risco matemático de uma determinada condição, explica suas implicações e apresenta informações sobre cursos alternativos de ação.

Os geneticistas contribuíram muito para a evitação de defeitos congênitos. Por exemplo, desde que um grande número de casais judeus são testados para os genes de Tay-Sachs, muito menos bebês judeus têm nascido com a doença; na verdade, ela agora tem muito mais tendência de afetar bebês não-judeus (Kaback et al., 1993). De modo

aconselhamento genético

Serviço clínico que aconselha casais quanto ao seu provável risco de terem filhos com determinados defeitos hereditários.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Comparar o funcionamento da herança dominante, herança recessiva, herança vinculada ao sexo e marcação de genoma na transmissão de defeitos congênitos?
- ✓ Descrever pelo menos três modos através dos quais os distúrbios cromossômicos podem ocorrer?
- ✓ Explicar a finalidade do aconselhamento genético?

Pense sobre isso ...

- O aconselhamento genético deveria ser compulsório para todas as pessoas que querem se casar ou para pessoas pertencentes a determinadas categorias? Justifique.
- Você iria querer saber se possui um gene que lhe predispõe ao câncer de pulmão ou ao mal de Alzheimer? Você iria querer que seu filho fosse testado para esses genes?
- Se você ou sua parceira que estivesse grávida tivesse história familiar de um distúrbio genético, você iria querer saber sobre as chances de o bebê nascer com ele?

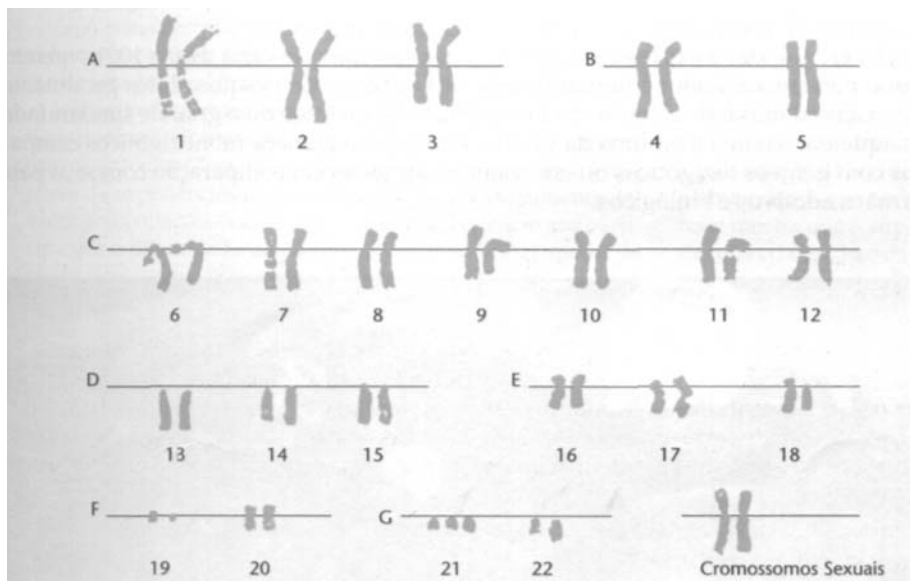


Figura 3-7

O cariótipo é um mapa que mostra os cromossomos quando eles se separam e alinham-se para divisão celular. Sabemos que este é o cariótipo de uma pessoa com síndrome de Down porque há três cromossomos em vez dos usuais dois no cromossomo 21. Como o par 23 consiste de dois X, sabemos que este é o cariótipo de uma fêmea.

testes genéticos

Procedimento para determinar a constituição genética de uma pessoa com o objetivo de identificar predisposições a doenças ou a distúrbios hereditários específicos.

semelhante, a triagem e o aconselhamento de mulheres em idade reprodutiva de países mediterrânicos, onde a (3 talassemia (ver Tabela 3-1) é comum, trouxe um declínio nos nascimentos de bebês afetados e maior conhecimento dos riscos de ser um portador (Cao, Saba, Galanello e Rosatelli, 1997).

Hoje, os pesquisadores estão rapidamente identificando genes que contribuem para doenças e distúrbios graves, bem como aqueles que influenciam traços normais. Seu trabalho tende a levar à disseminação dos **testes genéticos** para revelar perfis genéticos - perspectiva que envolve tanto perigos quanto benefícios (ver Quadro 3-2).

Natureza e Experiência: Influências da Hereditariedade e do Ambiente

**Indicador**

Como os cientistas estudam as influências relativas de hereditariedade e ambiente, e como hereditariedade e ambiente operam juntos?

genética comportamental

Estudo quantitativo de influências hereditárias e ambientais relativas.

herdabilidade

Estimativa estatística da contribuição da hereditariedade para diferenças individuais em um traço específico dentro de uma determinada população.

O que é mais importante: natureza ou experiência? A resposta varia. Embora certos distúrbios físicos raros sejam quase 100% herdados, fenótipos para a maioria dos traços normais complexos relacionados à saúde, inteligência e personalidade estão sujeitos tanto a forças hereditárias quanto ambientais. Vejamos como os cientistas estudam e explicam as influências de hereditariedade e ambiente.

Estudando a Hereditariedade e o Ambiente

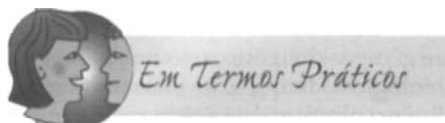
Quando genes que regem traços específicos são identificados, torna-se possível observar e medir seus efeitos (Plomin e Rutter, 1998). Enquanto isso, os pesquisadores de **genética comportamental**, o estudo quantitativo das influências hereditárias e ambientais relativas, baseiam-se sobretudo em três tipos de pesquisa correlacional: estudos de famílias, adoção e gêmeos.

Herdabilidade é a estimativa estatística do quanto a hereditariedade contribui para as diferenças individuais em um traço específico em um determinado momento *dentro de uma certa população*. A herdabilidade *não* se refere à influência relativa da hereditariedade e do ambiente em um determinado indivíduo; essas influências podem ser praticamente impossíveis de separar. A herdabilidade tampouco nos informa como desenvolvem-se os traços. Ela apenas indica o grau estatístico em que os genes contribuem para um traço.

A herdabilidade expressa-se como um percentual que varia de 0 a 100%; quanto maior o percentual, maior a herdabilidade de um traço. Os pesquisadores geralmente medem a herdabilidade calculando a incidência de um traço ou o grau de similaridade para aquele traço nos membros da mesma família, em gêmeos monozigóticos comparados com gêmeos dizigóticos ou em crianças adotadas em comparação com seus pais ou irmãos adotivos e biológicos.

Gêmeos monozigóticos separados no nascimento são procurados por pesquisadores que desejam avaliar o impacto dos genes na personalidade. Estes gêmeos, adotados por famílias diferentes e vivendo separadamente até os 31 anos, tornaram-se ambos bombeiros. Isso foi uma coincidência ou um reflexo da influência da hereditariedade?





Quadro 3-2

Testes Genéticos e Engenharia Genética

Quais são suas chances de desenvolver ou câncer de cólon ou o mal de Alzheimer ou outra condição geneticamente influenciada? A testagem genética está tornando-se mais comum à medida que os cientistas descobrem modos de identificar pessoas geneticamente em risco para desenvolver uma variedade de doenças e transtornos.

O Projeto Genoma Humano, um esforço de pesquisa de 3 bilhões de dólares realizado em conjunto pelos Institutos Nacionais de Saúde e Ministério da Energia dos Estados Unidos, tem o objetivo de mapear a localização cromossômica de todos os estimados 60 a 100 mil genes humanos e identificar aqueles que causam ou desencadeiam determinados distúrbios. Espere-se que o projeto esteja concluído em 2003.

As informações genéticas obtidas a partir dessa pesquisa poderiam salvar muitas vidas e melhorar a qualidade de muitas outras, aumentando nossa capacidade de prever, controlar, tratar e curar doenças. Uma pessoa que é informada de que tem uma predisposição para câncer de pulmão pode ser motivada a parar de fumar. Uma mulher que tem uma tendência genética para câncer de mama pode ser aconselhada a fazer exames dos seios mais cedo e com mais frequência. A triagem genética de recém-nascidos já está salvando vidas e prevenindo retardo mental por permitir identificação e tratamento de bebês com anemia falciforme ou fenilcetonúria (Holtzman, Murphy, Watson e Barr, 1997). Informações genéticas podem ajudar as pessoas a decidir se terão filhos e com quem. Elas também podem oferecer mais tempo para planejar o que fazer no caso de doença ou morte (Post, 1994).

A *terapia genética* (reparar ou substituir genes anormais) já é uma opção para alguns distúrbios genéticos raros e futuramente será possível *in utero* (Anderson, 1998). A terapia genética *in utero* poderia interceptar um distúrbio e ser mais eficiente do que iniciar o tratamento após o nascimento, quando aparecem os sintomas (Zanjani e Anderson, 1999). Entretanto, o prospecto de experiências de transferência de genes humanos levanta preocupações éticas sobre segurança, benefício aos participantes e dificuldade de obter consentimento informado de modo significativo (Sugerman, 1999).

A própria testagem genética envolve questões éticas. Por exemplo, as previsões são imperfeitas; um resultado falso positivo pode causar ansiedade sem necessidade, enquanto um resultado falso-negativo pode trazer uma satisfação ilusória. E se uma condição genética for incurável? Faz sentido saber que você tem um gene para uma condição possivelmente debilitadora se você não puder fazer nada a respeito (Holtzman et al., 1997)? Um comitê de peritos recomenda não fazer a testagem genética para doenças para as quais não se conhece cura (Institute of Medicine [IOM], 1993). Por outro lado, algumas pessoas com história familiar de uma doença podem sentir-se aliviadas ao saberem do pior que pode acontecer (Wiggins et al., 1992).

E a privacidade? Embora dados médicos devam ser confidenciais, é quase impossível manter as informações em sigilo. E pais, filhos ou irmãos têm legítimo direito sobre as informações relativas a um paciente que possam afetá-los? (Plomin e Rutter, 1998; Rennie, 1994).

Uma grande preocupação é o *determinismo genético*: o erro de pensar que uma pessoa com um gene para uma doença

está destinada a ter aquela doença. Tudo que a testagem genética pode dizer-nos é a probabilidade de que uma pessoa terá a doença. A maioria das doenças envolve uma complexa combinação de genes ou depende em parte do estilo de vida ou outros fatores ambientais (Plomin e Rutter, 1998). E justo utilizar um perfil genético para negar emprego a uma pessoa atualmente saudável? A discriminação no emprego e nos seguros com base em informações genéticas já ocorreu - ainda que os testes possam ser imprecisos e não-confiáveis e que as pessoas consideradas sob risco de uma doença possam nunca desenvolvê-la (Lapham, Kozma e Weiss, 1996).

Alguns estados americanos aprovaram leis que proíbem discriminação no emprego e nos seguros com base em informações genéticas e/ou negam o acesso dos empregadores a essas informações. A Comissão Federal de Oportunidades Iguais de Emprego afirma que a discriminação no emprego com base em informações genéticas viola a Lei dos Americanos com Deficiências. A Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde de 1996 proíbe os planos de saúde em grupo de utilizarem informações genéticas para estabelecer elegibilidade ou de tratar essas informações como uma condição preexistente na ausência de diagnóstico. Entretanto, as leis federais vigentes não protegem a privacidade, nem restringem o acesso a informações genéticas (Rothenberg et al., 1997).

Existem questões específicas em relação à testagem de crianças. Quem deve decidir se uma criança será testada: os pais ou a criança? Uma criança deve ser testada para benefício de um irmão ou outra pessoa? Como uma criança será afetada por saber que provavelmente desenvolverá uma doença 20, 30 ou 50 anos mais tarde? A criança irá crescer pensando "Há algo errado comigo"? Os pais que souberem que um filho tem um gene para uma doença incurável tornar-se-ão superprotetores (Wertz, Fanos e Reilly, 1994)? Ou ficarão com receio de se apegar demais a uma criança que pode morrer jovem (Marshall, 1993)? Se um teste mostra que o suposto pai biológico não é realmente o pai de uma criança, isso deve ser revelado? A quem e com que consequências (Plomin e Rutter, 1998; Voelker, 1993)?

Uma perspectiva particularmente assustadora é que os resultados da testagem genética poderiam ser mal-utilizados para justificar a esterilização de pessoas com genes "indesejáveis". Futuros pais poderiam decidir abortar um feto normal que tivesse a constituição genética "errada" (Plomin e Rutter, 1998). A terapia genética, com todos os seus possíveis benefícios, também tem seu potencial de abuso. Essa terapia deve ser utilizada para reverter a calvície? Para tornar uma criança baixa mais alta, ou uma criança obesa mais magra? Para aperfeiçoar a aparência ou a inteligência de um bebê que ainda não nasceu? O caminho da correção terapêutica de defeitos para a engenharia genética com propósitos estéticos ou funcionais pode ser uma ladeira escorregadia (Anderson, 1998), criando uma sociedade em que alguns pais têm condições de oferecer os "melhores" genes para seus filhos e outros não (Rifkin, 1998).

Nos próximos 15 anos, a testagem e a terapia genéticas "quase certamente irão revolucionar a prática da medicina" (Anderson, 1998, p. 30). Ainda não está claro se os benefícios dessas novas biotecnologias serão mais importantes do que seus riscos.

Pense sobre isso...

- Em que aspectos você é mais parecido com sua mãe e em que aspectos com seu pai? No que você se assemelha e diferencia de seus irmãos? Quais diferenças você imagina serem mais provenientes da hereditariedade e quais do ambiente?

concordante

Termo que descreve gêmeos que compartilham de um mesmo traço ou distúrbio.

Estes estudos baseiam-se na suposição de que os membros imediatos da família são geneticamente mais semelhantes do que parentes mais distantes, gêmeos monozigóticos são geneticamente mais semelhantes do que gêmeos dizigóticos, e crianças são geneticamente mais parecidas com suas famílias biológicas do que com suas famílias adotivas. Portanto, se a hereditariedade é uma influência importante sobre um determinado traço, irmãos deveriam ser mais parecidos do que primos com relação àquele traço, gêmeos monozigóticos deveriam ser mais parecidos do que gêmeos dizigóticos, e crianças adotivas deveriam ser mais parecidas com seus pais biológicos do que com seus pais adotivos. Pelo mesma lógica, se um ambiente compartilhado exerce uma influência importante sobre um traço, as pessoas que vivem juntas devem ser mais semelhantes do que aquelas que *não* vivem juntas.

Nos *estudos de famílias*, os pesquisadores medem o grau em que parentes biológicos partilham de determinados traços e se a proximidade da relação familiar está associada ao grau de semelhança. Se a correlação for forte, os pesquisadores podem inferir uma influência genética. Entretanto, os estudos de famílias não podem descartar influências ambientais. Um estudo de família sozinho não pode dizer-nos se crianças obesas de pais obesos herdaram a tendência, ou se elas são gordas porque sua dieta é como a de seus pais. Por isso, os pesquisadores fazem estudos de adoção, os quais podem separar os efeitos da hereditariedade dos de um ambiente compartilhado.

Os *estudos de adoção* observam semelhanças entre crianças adotadas e suas famílias adotivas e também entre crianças adotadas e suas famílias biológicas. Quando crianças adotadas são mais parecidas com seus pais e irmãos biológicos em um determinado traço (por exemplo, obesidade), vemos a influência da hereditariedade. Quando eles se assemelham mais a suas famílias adotivas, vemos a influência do ambiente.

Os *estudos de gêmeos* comparam pares de gêmeos monozigóticos e gêmeos dizigóticos de mesmo sexo. (Gêmeos de mesmo sexo são utilizados para evitar eventual confusão com efeitos de gênero.) Os gêmeos monozigóticos são em média duas vezes geneticamente mais semelhantes do que gêmeos dizigóticos, os quais não são geneticamente mais semelhantes do que outros irmãos do mesmo sexo. Quando gêmeos monozigóticos são mais **concordantes** (ou seja, possuem maior tendência estatística para apresentar o mesmo traço) do que gêmeos dizigóticos, vemos os prováveis efeitos da hereditariedade. As taxas de concordância, que podem variar de 0 a 100%, informam que percentual de pares de gêmeos em uma amostra são concordantes ou semelhantes.

Quando gêmeos monozigóticos apresentam maior concordância para um traço do que gêmeos dizigóticos, a probabilidade de um fator genético pode ser estudada adicionalmente através de estudos de adoção. Estudos de gêmeos monozigóticos separados quando bebês e criados separadamente constataram fortes semelhanças entre os gêmeos. Essas descobertas apoiam uma base hereditária para muitas características físicas e psicológicas.

Contudo, os efeitos das influências genéticas, especialmente sobre traços comportamentais, raramente são inevitáveis: mesmo em um traço fortemente influenciado pela hereditariedade, o ambiente pode ter um impacto considerável. Como veremos na próxima seção, a genética comportamental lançou uma luz sobre os *tipos* de fatores ambientais que fazem mais diferença.

Dois tipos mais novos de estudos de gêmeos - os estudos com controle de gêmeos e estudos com controle coriônico - permitem observar a natureza e o tempo de ocorrência das influências não-genéticas no útero (Phelps, Davis e Schartz, 1997). Os *estudos com controle de gêmeos* comparam o desenvolvimento e as experiências pré-natais (ou pós-natais) de um gêmeo monozigótico com as de outro, que serve como "grupo-controle" de uma pessoa. Os *estudos com controle coriônico* concentram-se em influências pré-natais comparando dois tipos de gêmeos monozigóticos: (1) gêmeos *monocoriônicos*, que se desenvolveram na mesma bolsa preenchida de líquido e, por isso, tiveram um ambiente pré-natal semelhante; (2) gêmeos *dicoriônicos*, que cresceram em bolsas separadas, como ocorre em um terço dos gêmeos monozigóticos e em todos os gêmeos dizigóticos.

Gêmeos monocoriônicos normalmente partilham sangue e possuem níveis hormonais semelhantes, o que afeta o desenvolvimento cerebral. Eles também compartilham a exposição a eventuais agentes infecciosos provenientes do corpo da mãe. Como

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Enunciar a suposição básica subjacente aos estudos de genética comportamental e explicar como ela se aplica aos estudos de família, de gêmeos e de adoção?
- ✓ Identificar dois tipos de estudos de gêmeos que se concentram nas influências ambientais no útero?

os gêmeos dicoriônicos fixam-se em pontos diferentes da parede uterina, um deles pode ser mais bem nutrido do que o outro e estar mais protegido contra infecção. Os estudos de gêmeos que não levam em conta esses fatores podem subestimar ou sobrestimar as influências genéticas. Gêmeos monócoriônicos tendem a ser mais concordantes do que gêmeos dicoriônicos em QI, alguns padrões de personalidade e níveis de colesterol.

Como a Hereditariedade e o Ambiente Operam Juntos

Em contraste com a clássica discussão sobre natureza *versus* experiência, a maioria dos cientistas do desenvolvimento atualmente vêem a relação entre fatores genéticos e ambientais como fundamentalmente entrelaçados. Examinemos as diversas formas através das quais a hereditariedade e o ambiente operam juntos.

Faixa de Reação e Canalização

Muitas características variam, dentro de limites genéticos, em condições ambientais diferentes. Os conceitos de *faixa de reação* e *canalização* podem ajudar-nos a entender como isso acontece.

Faixa de reação é a faixa de possíveis expressões de um traço hereditário. O tamanho do corpo, por exemplo, depende muito de processos biológicos, os quais são geneticamente regulados. Mesmo assim, uma faixa de tamanhos é possível, dependendo das oportunidades e restrições ambientais e do comportamento da própria pessoa. Em sociedades onde a nutrição melhorou consideravelmente, uma geração inteira alcançou estatura superior à da geração anterior. Os filhos mais bem alimentados compartilham os genes de seus pais, mas responderam a um mundo mais saudável. Entretanto, quando a dieta mediana de uma sociedade torna-se suficiente por mais de uma geração, os filhos tendem a alcançar estaturas semelhantes às dos pais. Em última análise, a altura possui limites genéticos: não existem pessoas com apenas 30 centímetros de altura, nem pessoas de três metros de altura.

A hereditariedade pode influenciar se a faixa de reação é larga ou estreita. Por exemplo, uma criança nascida com um defeito que produz leve retardo é mais capaz de responder a um ambiente favorável do que uma criança nascida com sérias limitações. Uma criança de inteligência nata normal tende a ter um QI mais alto se for educada em um lar e ambiente escolar enriquecidos do que se crescer em um ambiente mais restritivo, mas uma criança com mais capacidade nata provavelmente terá uma faixa de reação muito maior (ver Figura 3-8).

A metáfora da **canalização** ilustra como a hereditariedade restringe os limites de desenvolvimento para alguns traços. Depois de uma chuva forte, a água que cai no calçamento precisa ir para algum lugar. Se a rua possui buracos, a água os preenche. Mas, se cavarmos canais profundos às margens da rua, a água escorrerá por eles. Algumas características humanas, como a cor dos olhos, são tão fortemente programadas pelos genes que se diz que elas são altamente canalizadas: existe pouca oportunidade para variação em sua expressão.

Certos comportamentos também se desenvolvem por canais geneticamente "cavados"; é preciso uma mudança radical no ambiente para mudar seu curso. Os comportamentos que dependem largamente de maturação parecem surgir quando uma criança está pronta. Bebês normais seguem uma sequência típica de desenvolvimento motor: engatinhar, caminhar e correr, nessa ordem, em certas idades aproximadas. Mesmo assim, esse desenvolvimento não é totalmente canalizado; a experiência pode afetar seu ritmo e tempo de ocorrência.

Cognição e personalidade são mais sujeitas a variações na experiência: os tipos de famílias nas quais as crianças crescem, as escolas que freqüentam e as pessoas que conhecem.

faixa de reação

Variabilidade potencial, dependendo de condições ambientais, na expressão de um traço hereditário.

canalização

Limitação na variância de expressão de certas características herdadas.

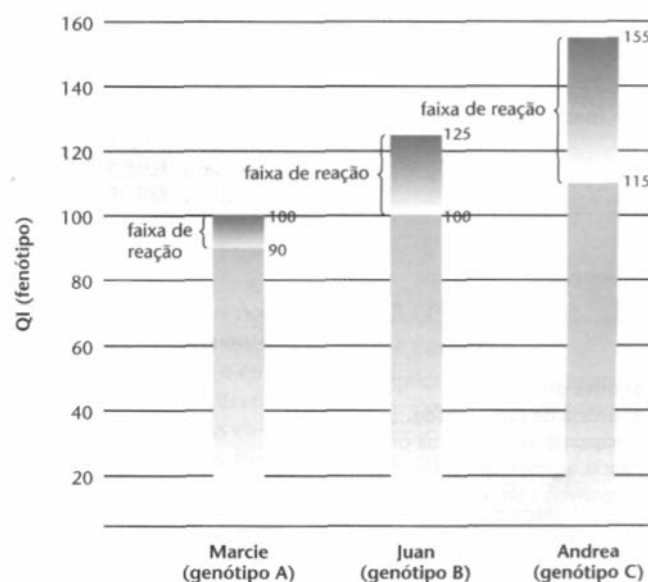


Figura 3-8

Inteligência e faixa de reação. Crianças com diferentes genótipos para inteligência mostrarão diferentes limites de reação quando expostas a um ambiente limitado (porção abaixo da chave nas colunas) ou enriquecido (barra inteira).

interação genótipo-ambiente

A parcela de variação fenotípica que resulta das reações de indivíduos geneticamente diferentes a condições ambientais semelhantes.

correlação genótipo-ambiente

Tendência de certas influências genéticas e ambientais para se reforçarem mutuamente; pode ser passiva, reativa (evocativa) ou ativa. Também denominada *co-variância genótipo-ambiente*.

escolha do nicho

Tendência de uma pessoa, principalmente depois da primeira infância, a procurar ambientes compatíveis com seu genótipo.

Considere-se a linguagem. Antes de poderem falar, as crianças precisam alcançar um certo nível de maturação neurológica e muscular. Nenhuma criança de 6 meses poderia dizer esta frase, por mais favorável que tenha sido sua vida em casa. Mas o ambiente realmente desempenha um papel importante no desenvolvimento da linguagem. Se os pais estimulam os primeiros sons dos bebês respondendo a eles, os filhos tendem a falar mais cedo do que se suas primeiras vocalizações forem ignoradas. A hereditariedade, portanto, estabelece a base do desenvolvimento, mas o ambiente influencia a forma da estrutura e o ritmo da construção.

Interação Genótipo-Ambiente

Enquanto a faixa de reação e a canalização influenciam a expressão do mesmo traço *hereditário* em diferentes condições ambientais, a **interação genótipo-ambiente** refere-se aos efeitos de condições *ambientais* semelhantes sobre indivíduos geneticamente diferentes. Para dar um exemplo familiar, muitas pessoas são expostas a pólen e poeira, mas aquelas que têm uma predisposição genética são mais propensas a desenvolver reações alérgicas. Assim, pode ser necessária a interação de fatores hereditários e ambientais, e não apenas um ou outro, para produzir certas condições.

Correlação Genótipo-Ambiente

O ambiente, muitas vezes, reflete ou reforça as diferenças genéticas. Ou seja, algumas influências genéticas e ambientais tendem a atuar na mesma direção. Isso se chama **correlação genótipo-ambiente** ou *co-variância genótipo-ambiente* e funciona de três maneiras para reforçar a expressão fenotípica de uma tendência genotípica (Bergeman e Plomin, 1989; Scarr, 1992; Scarr e McCartney, 1983):

- *Correlações passivas*: Geralmente os pais, que fornecem os genes que predis põem uma criança para um traço, também fornecem um ambiente que estimula o desenvolvimento desse traço. Por exemplo, um genitor musical tende a criar um ambiente doméstico em que se ouve música regularmente, dar à criança aulas de música e levá-la a eventos de música. Se a criança herdou o talento musical do genitor, sua musicalidade irá refletir uma combinação de influências genéticas e ambientais. Esse tipo de correlação se chama *passiva*, porque a criança não a controla; ela se aplica melhor a crianças pequenas, cujos pais, fonte de seu legado genético, também têm muito controle sobre as primeiras experiências delas.
- *Correlações reativas ou evocativas*: Crianças com constituições genéticas diferentes evocam respostas diferentes dos adultos. Os pais podem fazer um esforço especial para proporcionar experiências musicais a uma criança que demonstra interesse e capacidade musical. Essa resposta, por sua vez, reforça a inclinação genética da criança para a música.
- *Correlações ativas*: À medida que as crianças ganham idade e adquirem mais liberdade para escolher suas próprias atividades e ambientes, elas selecionam ativamente ou criam experiências que sejam coerentes com suas tendências genéticas. Uma criança com um talento para música provavelmente irá procurar amigos musicais, fazer aulas de música e ir a concertos. Uma criança tímida tende a passar mais tempo em atividades solitárias do que um jovem mais sociável. Essa tendência para procurar ambientes compatíveis com nosso genótipo chama-se **escolha do nicho**; ela ajuda a explicar por que gêmeos idênticos criados separadamente tendem a ser muitos parecidos.

O Que Faz os Irmãos Serem Tão Diferentes? O Ambiente Não-Compartilhado

Embora duas crianças da mesma família possam ter uma notável semelhança uma com a outra, os irmãos tendem a ser mais diferentes do que semelhantes em intelecto e, sobretudo, em personalidade (Plomin, 1989). Um motivo para isso, evidentemente, pode ser as diferenças genéticas, que levam as crianças a responder de maneira dife-



A capacidade musical é uma das muitas características passadas dos pais para os filhos através de uma combinação de influências genéticas e ambientais. Este pai tocando violão com a filha pode sentir-se mais motivado a fazê-lo porque ela demonstra interesse e talento para música. A experiência agradável com o pai, por sua vez, tende a reforçar a inclinação natural da menina para a música.

rente a um ambiente semelhante. Uma criança com um QI alto pode ser mais estimulada por uma sala repleta de livros e quebra-cabeças do que uma criança com um QI notadamente mais baixo - exemplo de uma interação genótipo-ambiente. Surpreendentemente, contudo, o próprio ambiente familiar parece tornar os irmãos mais diferentes - na verdade, tão diferentes quanto duas crianças sem parentesco! Ao que parece, as experiências que mais afetam o desenvolvimento não são aquelas que são semelhantes para todas as crianças de uma família, mas aquelas que são diferentes (Plomin e Daniels, 1987).

Esses **efeitos ambientais não-compartilhados** resultam do ambiente único em que cresce cada criança de uma família. Que fatores contribuem para esse ambiente não-compartilhado? Um é a composição da família - as diferenças entre as experiências de meninos e meninas ou entre primogênitos e irmãos nascidos depois. Outra é o modo como pais e irmãos tratam cada criança. Alguns fatos, como doenças e acidentes, e experiências fora de casa (por exemplo, com professores e amigos) afetam uma criança e outra não. Enquanto a hereditariedade explica a maioria das semelhanças entre irmãos, o ambiente não-compartilhado é responsável pela maioria das diferenças. Na verdade, muitas pesquisas sobre o ciclo vital sugerem que a maior parte da variabilidade nos traços comportamentais na população como um todo é ambiental, mas do tipo não-compartilhado (McClearn et al., 1997; Plomin, 1996; Plomin e Daniels, 1987; Plomin, Owen e McGuffin, 1994).

Correlações genótipo-ambiente podem desempenhar um papel importante no ambiente não-compartilhado. As diferenças genéticas dos filhos podem fazer com que pais e irmãos reajam a elas de maneira diferente e tratem-nas de forma diferente; e os genes podem influenciar como as crianças percebem e respondem a esse tratamento e qual será seu resultado. As crianças também moldam seus próprios ambientes pelas escolhas que fazem - o que elas fazem e com quem - e a composição genética delas influencia essas escolhas. Em outras palavras, "os genes guiam a experiência" (Scarr e McCartney, 1983, p. 425). Uma criança que herdou um talento artístico pode passar muito tempo criando "obras-primas" sozinha, ao passo que um irmão com inclinação esportiva passa mais tempo jogando bola com os outros. Conseqüentemente, não apenas as capacidades das crianças (em, por exemplo, pintura ou futebol) desenvolvem-se de forma distinta, mas também suas vidas sociais serão igualmente diferentes. Essas diferenças tendem a se acentuar à medida que as crianças ganham idade e têm mais experiências fora da família (Bergeman e Plomin, 1989; Bouchard, 1994; Plomin, 1990, 1996; Plomin et al., 1994; Scarr, 1992; Scarr e McCartney, 1983).

efeitos ambientais não-compartilhados

É o ambiente único em que cresce cada criança, composto de influências distintivas ou influências que afetam cada criança de maneira diferente.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar e dar pelo menos um exemplo de faixa de reação, canalização, interação genótipo-ambiente e correlação genótipo-ambiente?
- ✓ Listar três tipos de influências que contribuem para efeitos ambientais não-compartilhados?
- ✓ Explicar o significado da expressão "os genes guiam a experiência"?

Algumas Características Influenciadas por Hereditariedade e Ambiente

Não esquecendo a complexidade de desembaraçar as influências da hereditariedade e do ambiente, examinaremos mais de perto seus papéis na produção de determinadas características.

Traços Físicos e Fisiológicos

Além de parecidos, os gêmeos monozigóticos geralmente também são mais concordantes que gêmeos dizigóticos quanto ao risco de terem distúrbios de saúde como hipertensão (pressão arterial elevada), doenças do coração, derrame, artrite reumatóide, úlceras pépticas e epilepsia (Brass, Isaacsohn, Merikangas e Robinette, 1992; Plomin et al., 1994).

A obesidade - o excesso extremo de peso, variavelmente definida na infância como ter um índice de massa corporal (relação do peso com a altura) igual ou acima do octogésimo quinto ou nonagésimo quinto percentil para idade e sexo - é uma condição multifatorial. Estudos de gêmeos, estudos de adoção e outras pesquisas sugerem que até 80% do risco de obesidade é genético (Leibel, 1997). No mapeamento genético, até 200 genes e outros marcadores genéticos foram relacionados à obesidade até agora (Pérusse, Chagnon, Weisnagel e Bouchard, 1999). Entretanto, o tipo e a quantidade de alimentos ingeridos em um determinado lar ou grupo social e étnico e a quantidade de exercício encorajada podem aumentar ou diminuir a probabilidade de que uma pessoa torne-se obesa. O rápido aumento na prevalência de obesidade nos países ocidentais parece ser consequência da interação da predisposição genética com exercício insuficiente (Leibel, 1997; ver Capítulo 9).

Nosso tempo de vida parece ser muito influenciado por nossos genes. Em um estudo, crianças adotadas cujos pais biológicos morreram antes dos 50 anos tinham duas vezes mais chances de terem morrido jovens do que crianças adotadas cujos pais biológicos tinham passado dos 49 anos (Sorensen, Nielsen, Andersen e Teasdale, 1988). Ainda assim, boas práticas para a saúde e boa forma podem aumentar a longevidade por moderarem predisposições para certas doenças, como câncer e doença cardíaca.

Inteligência

A hereditariedade parece exercer forte influência sobre a inteligência geral e também sobre capacidades específicas (McClearn et al., 1997; Plomin et al., 1994). A herdabilidade de QI geralmente é estimada em 0,50, o que significa que os genes são responsáveis por aproximadamente a metade da variação medida na inteligência dentro de uma população. Mesmo assim, a experiência também conta; um ambiente enriquecido ou empobrecido pode afetar significativamente o desenvolvimento e a expressão da capacidade inata (Neisser et al., 1996). Ao que parece, muitos genes, cada um com seu pequeno efeito, combinam-se para estabelecer uma faixa de possíveis reações para uma faixa de possíveis experiências (Scarr, 1997a; Weinberg, 1989; consultar a Figura 3-8).

Uma análise de 212 estudos (Devlin, Daniels e Roeder, 1997) aponta para o impacto do primeiro ambiente: o útero. De acordo com essa análise, o ambiente pré-natal pode ser responsável por 20% da semelhança de QI entre gêmeos e 5% da semelhança de irmãos não-gêmeos (que ocupam o mesmo útero em momentos diferentes), levando a herdabilidade de QI para *abaixo* de 50%. Essas descobertas sugerem que a influência dos genes sobre a inteligência pode ser mais fraca e a influência do ambiente pré-natal mais forte do que se pensava, salientando a importância de um ambiente pré-natal saudável. A possibilidade de que a intervenção pré-natal possa aumentar o QI mediano da população é fascinante. Entretanto, ainda não se sabe ao certo que aspectos do ambiente pré-natal são mais influentes.

Personalidade

Aspectos específicos da personalidade parecem ser herdados, pelo menos em parte. Análises dos cinco principais grupos de traços discutidos no Capítulo 14 - extroversão, neuroticismo, escrupulosidade, nível de socialização e abertura à experiência - sugerem uma herdabilidade de cerca de 40%. Se descontarmos variâncias atribuíveis a erro de medição, a herdabilidade aproxima-se de 66% para esses grupos de traços (Bouchard, 1994).



Indicador

Que papel a hereditariedade e o ambiente desempenham na saúde física, na inteligência e na personalidade?

obesidade

Excesso de peso extremo em relação à idade, ao sexo, à altura e ao tipo corporal; às vezes definida como possuir um índice de massa corporal (relação peso-altura) igual ou acima do 85^a ou 95^a percentil das curvas de crescimento para crianças da mesma idade e sexo.

O temperamento (discutido detalhadamente no Capítulo 6) parece ser largamente inato e, com frequência, não varia com o passar do tempo, embora possa responder a experiências especiais ou manejo parental (Thomas e Chess, 1984; Thomas, Chess e Birch, 1968). Um estudo observacional de 100 pares de irmãos de 7 anos (metade deles irmãos adotivos e outra metade irmãos por nascimento) descobriu influências genéticas significativas sobre a atividade, a sociabilidade e a emocionalidade (Schmitz, Saudino, Plomin, Fulker e DeFries, 1996).

Muitas pesquisas sugerem que a timidez e seu oposto, ousadia, são em grande parte inatas e tendem a permanecer com a pessoa por toda a vida. Jerome Kagan, professor de psicologia na Universidade de Harvard, e colaboradores estudaram cerca de 400 crianças longitudinalmente desde que eram bebês (Arcus e Kagan, 1995; DiLalla, Kagan e Reznick, 1994; Garcia-Coll, Kagan e Reznick, 1984; Kagan, 1989, 1997; Kagan, Reznick, Clarke, Snidman e Garcia-Coll, 1984; Kagan, Reznick e Gibbons, 1989; Reznick et al., 1986; Robinson, Kagan, Reznick e Corley, 1992). A timidez ou o que esses pesquisadores chamam de "inibição ao desconhecido" estava presente em grau considerável em cerca de 15% das crianças, aparecendo pela primeira vez na primeira infância e na maioria dos casos persistindo até pelo menos o início da adolescência. Outros 10 a 15% eram excepcionalmente ousados (à vontade em situações estranhas). Essas características de personalidade estavam associadas a sinais fisiológicos, como atividade hormonal e cerebral, os quais podem dar pistas para a herdabilidade dos traços.

Embora as pesquisas discutidas até aqui forneçam fortes evidências das influências genéticas sobre a personalidade, essas evidências são indiretas. Agora os cientistas começaram a identificar genes diretamente vinculados a traços específicos da personalidade. Constatou-se que um desses genes desempenha um papel no *neuroticismo*, grupo de traços que envolvem a ansiedade, a qual pode contribuir para a depressão. Estima-se que de 10 a 15 outros genes também possam estar envolvidos na ansiedade (Lesch et al., 1996).

Psicopatologia

Existem evidências para uma forte influência hereditária sobre a esquizofrenia, o autismo, o alcoolismo e a depressão. (Esses dois últimos serão discutidos posteriormente neste volume.) Todos esses transtornos tendem a ocorrer nas famílias e a apresentar maior concordância entre gêmeos monozigóticos do que entre gêmeos dizigóticos. Contudo, a hereditariedade sozinha não produz esses transtornos; uma tendência herdada pode ser ativada por fatores ambientais.

A **esquizofrenia**, um transtorno marcado pela perda de contato com a realidade e por sintomas como alucinações e delírios, parece ter um forte componente genético. O risco de esquizofrenia é 10 vezes maior entre irmãos e descendentes de esquizofrênicos do que na população geral; estudos de gêmeos e adoção sugerem que o maior risco provém dos genes compartilhados, e não dos ambientes compartilhados. A contribuição genética estimada está entre 63 e 85% (McGuffin, Owen e Farmer, 1995).

Entretanto, como nem todos os gêmeos monozigóticos são concordantes para a doença, sua causa não pode ser unicamente genética. Estudos com controle de gêmeos sugerem que uma infecção viral pré-natal, transmitida pelo sangue compartilhado por gêmeos monócôriônicos, pode ter influência (Phelps et al., 1997). Em um estudo sobre a incidência de esquizofrenia entre todos os nascidos na Dinamarca entre 1935 e 1978, a história familiar estava associada ao maior risco de ter a doença, mas o local de nascimento também fazia diferença. Os nascidos em áreas urbanas apresentavam maior tendência de serem esquizofrênicos do que os nascidos em áreas rurais, talvez por causa da maior probabilidade de complicações no nascimento e da exposição a infecções durante a gravidez e a infância (Mortenson et al., 1999).

O **autismo** é um entre um grupo de graves *transtornos de desenvolvimento globais*. Ele se caracteriza pela perda de sociabilidade normal, comprometimento da comunicação e uma estreita e limitada série de comportamentos repetitivos e, muitas vezes, obsessivos, como girar o corpo, balançar-se, bater as mãos e bater a cabeça. Ele se desenvolve nos primeiros 2 anos e 6 meses de vida, predominantemente em meninos, e estende-se em graus variados por toda a vida (American Psychiatric Association [APA], 1994).

Um bebê autista pode não perceber os sinais emocionais das outras pessoas (Sigman, Kasari, Kwon e Yirmiya, 1992) e pode recusar contato físico e visual. Aproxima-

Pense sobre isso...

- Que diferença prática faz se um traço, como obesidade, inteligência ou timidez, é mais influenciado pela hereditariedade ou pelo ambiente, uma vez que a herdabilidade pode ser medida apenas para uma população, e não para um indivíduo?

esquizofrenia

Transtorno mental marcado pela perda de contato com a realidade; os sintomas incluem alucinações e delírios.

autismo

Transtorno de desenvolvimento global caracterizado por ausência de sociabilidade normal, por comprometimento da comunicação e por comportamentos repetitivos obsessivos.

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

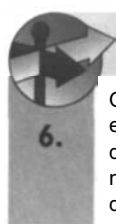
- ✓ Avaliar as evidências para as influências genética e ambiental sobre obesidade, inteligência e temperamento?
- ✓ Citar e descrever dois transtornos mentais que mostram forte influência genética?

damente três quartos das crianças autistas apresentam retardo mental (APA, 1994), mas elas, muitas vezes, saem-se bem em testes de habilidade de manipulação ou visuoespacial e podem ser capazes de proezas mentais incomuns, como memorizar tabelas inteiras de horários.

O autismo é um transtorno biológico do funcionamento cerebral (Rapin, 1997). Parece ter forte base genética; a concordância entre gêmeos monozigóticos é superior a 90%, quando comparada com 5 a 10 % entre gêmeos dizigóticos de mesmo sexo (Bailey, Le Couteur, Gottesman e Bolton, 1995). Um gene que regula a serotonina, uma substância química cerebral, parece relacionado ao autismo (Cook et al., 1997).

O autismo não tem cura, mas ocorre melhora, às vezes substancial. Algumas crianças autistas podem ser ensinadas a falar, ler e escrever. A terapia comportamental (ver Capítulo 2) pode ajudar as crianças autistas a adquirir habilidades sociais básicas, como prestar atenção, manter contato visual e alimentar-se e vestir-se, além de ajudar a controlar comportamentos problemáticos. Remédios podem ajudar a controlar sintomas específicos, mas sua utilidade é limitada. Apenas cerca de 5 a 10% das crianças autistas tornam-se independentes quando adultas; a maioria precisa de algum grau de assistência por toda a vida ("Autism-Part II", 1997; Rapin, 1997).

Desenvolvimento Pré-natal

**Indicador**

Quais são as três etapas do desenvolvimento pré-natal e o que ocorre durante cada etapa?

Se você tivesse nascido na China, provavelmente comemoraria seu aniversário na data estimada de sua concepção, e não em sua data de nascimento. Esse costume chinês reconhece a importância da *gestação*, o período de desenvolvimento de aproximadamente nove meses (ou 266 dias) entre concepção e nascimento. Os cientistas também datam a *idade gestacional* desde a concepção.

O que transforma um óvulo fecundado ou *zigoto* em um ser com uma forma e padrão específicos? A pesquisa sugere que um grupo identificável de genes é responsável por essa transformação nos vertebrados, presumivelmente incluindo os seres humanos. Esses genes produzem moléculas chamadas *morfogenes*, as quais são ativadas depois da fecundação e começam a esculpir braços, mãos, dedos, vértebras, costelas, cérebro e outras partes do corpo (Echelund et al., 1993; Kraus, Concordei e Ingham, 1993; Riddle, Johnson, Laufer e Tabin, 1993). Os cientistas também estão aprendendo sobre o ambiente dentro do útero e como ele afeta o desenvolvimento da pessoa.

Nesta seção, traçamos o curso da gestação ou desenvolvimento pré-natal. Discutimos fatores ambientais que podem afetar o desenvolvimento da futura pessoa, avaliamos técnicas para determinar se o desenvolvimento está ocorrendo normalmente e explicamos a importância da assistência pré-natal.

Etapas do Desenvolvimento Pré-natal

O desenvolvimento pré-natal ocorre em três fases: *germinal*, *embrionária* e *fetal*. (A Tabela 3-4 oferece uma descrição mês a mês.) Durante essas três fases de gestação, o zigoto original unicelular transforma-se em um *embrião* e depois em um *feto*. Tanto antes como depois do nascimento, o desenvolvimento segue dois princípios fundamentais. O crescimento e o desenvolvimento motor ocorrem de cima para baixo e do centro do corpo para fora.

O **princípio cefalocaudal** (do latim "da cabeça para a cauda") determina que o desenvolvimento ocorra da cabeça para a parte inferior do tronco. A cabeça, o encéfalo e os olhos do embrião desenvolvem-se mais cedo e são desproporcionalmente grandes até que as outras partes os alcancem. Aos 2 meses de idade, a cabeça de um embrião mede a metade do comprimento de todo o corpo. No momento do nascimento, a cabeça representa apenas um quarto do comprimento do corpo, mas ainda é desproporcionalmente grande; segundo o **princípio próximo-distal** (do latim "do próximo ao distante"), o desenvolvimento ocorre das partes próximas ao centro do corpo para as partes externas. A cabeça e o tronco do embrião desenvolvem-se antes dos membros, e braços e pernas antes dos dedos de pés e mãos.

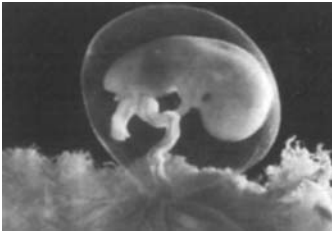
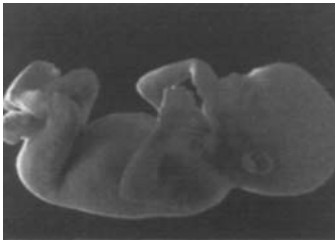
princípio cefalocaudal

Princípio de que o desenvolvimento ocorre da cabeça ao rabo; ou seja, as partes superiores do corpo desenvolvem-se antes das partes inferiores.

princípio próximo-distal

Princípio de que o desenvolvimento ocorre de dentro para fora, ou seja, de que partes do corpo próximas ao centro desenvolvem-se antes das extremidades.

Tabela 3-4 Desenvolvimento Pré-natal

Mês	Descrição
 1 mês	Durante o primeiro mês, o crescimento é mais rápido do que em qualquer outra época da vida pré-natal ou pós-natal: o embrião atinge um tamanho 10 mil vezes maior do que o zigoto. No final do primeiro mês, ele mede cerca de 12,6 mm. O sangue circula através de suas veias e artérias, as quais são muito pequenas. Ele possui um coração minúsculo que bate 65 vezes por minuto. Ele já apresenta o princípio de um encéfalo, rins, fígado e trato digestivo. O cordão umbilical, do qual depende para sobreviver, está funcionando. Utilizando-se um microscópio, é possível ver as saliências na cabeça que por fim tornar-se-ão seus olhos, ouvidos, boca e nariz. Ainda não é possível determinar o sexo.
 2 meses	Ao final do segundo mês, o organismo tem menos do que 2,5 cm e pesa apenas 9,4 g. Sua cabeça tem a metade do comprimento total do corpo. As partes faciais estão claramente desenvolvidas, apresentando o germe de língua e dentes. Os braços têm mãos, dedos e polegar, e as pernas possuem joelhos, tornozelos e artelhos. Há uma fina cobertura de pele, e mãos e pés deixam impressões. Células ósseas aparecem aproximadamente na oitava semana. Impulsos cerebrais coordenam o funcionamento dos sistemas orgânicos. Os órgãos sexuais estão em desenvolvimento; os batimentos cardíacos são firmes. O estômago produz sucos digestivos; o fígado, células sanguíneas. Os rins removem o ácido úrico do sangue. A pele agora é suficientemente sensível para reagir à estimulação tátil. Se um feto abortado de oito semanas é tocado, ele reage flexionando o tronco, estendendo a cabeça e movendo os braços para trás.
 3 meses	No final do terceiro mês, o feto pesa cerca de 28 g e mede cerca de 7,5 cm de comprimento. Ele tem unhas nas mãos e nos pés, pálpebras (ainda fechadas), cordas vocais, lábios e nariz proeminente. Sua cabeça ainda é grande - cerca de um terço de seu comprimento total - e a testa é alta. Seu sexo pode ser facilmente determinado. Os sistemas orgânicos estão funcionando, de forma que o feto agora pode respirar, fazer circular o líquido amniótico para dentro e para fora dos pulmões, e ocasionalmente urinar. Suas costelas e vértebras tornaram-se cartilagem. O feto agora pode emitir uma variedade de respostas especializadas: ele pode mexer as pernas, os pés, os polegares e a cabeça; sua boca pode se abrir, fechar e engolir. As pálpebras se contraem quando tocadas. Se a palma de sua mão é tocada, ela se fecha parcialmente; quando tocados, seus lábios sugam; e quando a planta do pé é tocada, os artelhos se abrem em leque. Estes reflexos estarão presentes no nascimento, mas irão desaparecer durante os primeiros meses de vida.
 4 meses	O corpo está alcançando o desenvolvimento da cabeça, a qual agora representa apenas um quarto do comprimento total, proporção igual a que terá no nascimento. O feto agora mede de 20 a 25 cm e pesa aproximadamente 170 g. O cordão umbilical tem o mesmo comprimento do feto e continuará a crescer com ele. A placenta agora está totalmente desenvolvida. A mãe pode sentir o feto chutando, agitando-se, o que algumas sociedades e grupos religiosos consideram o início da vida humana. As atividades reflexas que apareceram no terceiro mês agora são mais bruscas em função do maior desenvolvimento muscular.
 5 meses	O feto, agora com peso de 340 a 450 g e comprimento de cerca de 30 cm, começa a mostrar sinais de uma personalidade individual. Ele tem padrões definidos de sono e vigília, tem uma posição predileta no útero e torna-se mais ativo - chutando, espichando-se, encolhendo-se e até soluçando. Colocando-se o ouvido no abdome materno é possível ouvir os batimentos cardíacos do feto. As glândulas sudoríparas e sebáceas estão em funcionamento. O sistema respiratório ainda não é capaz de sustentar a vida fora do útero; um bebê nascido nesta fase normalmente não sobrevive. Pêlos mais grossos começam a aparecer nas sobrancelhas e nos cílios, cabelo mais fino na cabeça e uma lanugem cobre o corpo.

(Continua)

Tabela 3-4 (Continuação)

Mês	Descrição
 6 meses	A taxa de crescimento fetal diminui um pouco - ao final do sexto mês, o feto tem cerca de 35 cm de comprimento e pesa 560 g. Camadas de gordura vão se formando por baixo da pele; os olhos estão completos, abrindo-se, fechando-se e olhando em todas as direções. Ele tem audição e é capaz de fechar a mão com força. Um feto nascido durante o sexto mês ainda tem poucas chances de sobreviver porque seu aparelho respiratório ainda não amadureceu. Contudo, alguns fetos dessa idade conseguem sobreviver fora do útero.
 7 meses	No final do sétimo mês, o feto com 40 cm de comprimento e pesando de 1,36 a-2,25 kg, tem padrões reflexos plenamente desenvolvidos. Ele chora, respira, engole e pode sugar o polegar. A lanugem pode desaparecer nesta época ou permanecer até pouco depois do nascimento. O cabelo pode continuar a crescer. As chances de sobrevivência de um feto pesando pelo menos 1,5 kg são bastante boas, contanto que receba atenção médica intensiva. Ele provavelmente terá que ser mantido em uma incubadora até atingir o peso de 2,25 kg.
	O feto de 8 meses tem de 46 a 51 cm de comprimento e pesa de 2,25 a 3,1 kg. Devido à progressiva falta de espaço dentro do útero, seus movimentos são reduzidos. Durante este mês e o seguinte, desenvolve-se uma camada de gordura em todo o corpo do feto, a qual irá lhe permitir ajustar-se às temperaturas variáveis fora do útero.
 9 meses, recém-nascido	Cerca de uma semana antes do nascimento, o bebê pára de crescer, tendo atingido uma média de peso de 3,4 kg e comprimento de cerca de 51 cm, sendo que os meninos tendem a ser um pouco mais compridos e pesados do que as meninas. As camadas de gordura continuam a se formar, os sistemas orgânicos operam com maior eficiência, a frequência cardíaca aumenta e há maior eliminação de resíduos através do cordão umbilical. A cor avermelhada da pele vai esmaecendo. No nascimento, o feto terá permanecido no útero por aproximadamente 266 dias, embora a idade de gestação geralmente seja estimada em 280 dias, pois os médicos datam a gravidez a partir do último período menstrual da mulher.

Nota: Mesmo em estágios tão prematuros, os indivíduos apresentam diferenças. Os números e as descrições aqui apresentados representam médias.

fase germinativa
Primeiras duas semanas de desenvolvimento pré-natal, caracterizadas por rápida divisão celular, crescente complexidade e diferenciação e implantação na parede do útero.

Fase Germinativa (fecundação até duas semanas)
Durante a **fase germinativa**, da fecundação até cerca de duas semanas de idade gestacional, o zigoto divide-se, torna-se mais complexo e implanta-se na parede do útero (ver Figura 3-9).
Dentro de 36 horas após a fecundação, o zigoto entra em um período de rápida divisão é duplicação celular ou mitose. Setenta e duas horas após a fecundação, ele já se encontra dividido em 16 a 32 células; um dia mais tarde, contém 64 células. Essa divisão continua até que a célula original tenha transformado-se nos 800 bilhões ou mais de células especializadas que formam o corpo humano.

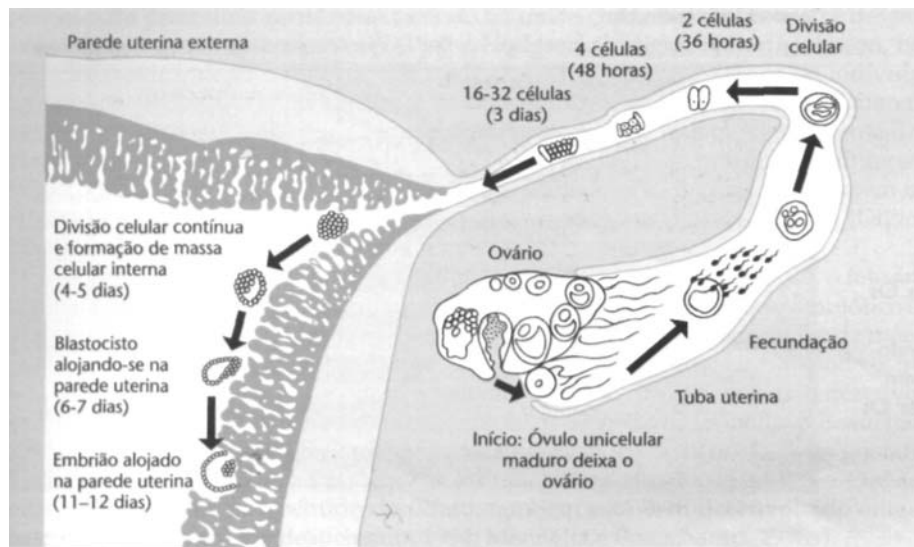


Figura 3-9

Desenvolvimento inicial de um embrião humano. Este diagrama simplificado mostra a evolução do óvulo ao deixar o ovário, ser fecundado na tuba uterina e dividir-se enquanto se desloca para o revestimento do útero. Agora um blastocisto, ele se implanta no útero, onde irá crescer e tornar-se mais complexo até estar pronto para nascer.

Enquanto se divide, o óvulo fecundado também percorre a tuba uterina em direção ao útero, passagem que dura de três a quatro dias. Ele adquire a forma de uma esfera preenchida de líquido, o *blastocisto*, o qual flutua livremente no útero por um ou dois dias e depois começa a se alojar na parede uterina. Quando a diferenciação celular inicia-se, algumas das células em torno da borda do blastocisto aglomeram-se em um lado para formar o *disco embrionário*, uma massa celular espessa a partir da qual o embrião começa a se desenvolver. Essa massa já está diferenciando-se em duas camadas. A camada superior, o *ectoderma*, dará origem à camada externa da pele, às unhas, aos pêlos, aos dentes, aos órgãos dos sentidos e ao sistema nervoso, inclusive cérebro e medula espinal. A camada inferior, o *endoderma*, dará origem ao aparelho digestivo, fígado, pâncreas, glândulas salivares e ao aparelho respiratório. Mais tarde, uma camada intermediária, o *mesoderma*, irá desenvolver-se e diferenciar-se em camada interna da pele, músculos, esqueleto e sistemas excretor e circulatório.

Outras partes do blastocisto começam a se transformar nos órgãos de nutrição e proteção do bebê: a *placenta*, o *cordão umbilical* e o *saco amniótico*, com sua membrana mais externa, o *córion*. A *placenta*, que tem diversas funções importantes, liga-se ao embrião pelo *cordão umbilical*. Através dele a placenta fornece oxigênio e nutrientes para o bebê em desenvolvimento e elimina seus resíduos. A placenta também ajuda a combater infecções internas e dá ao bebê imunidade a várias moléstias. Ela produz os hormônios que sustentam a gravidez, prepara os seios da mãe para a lactação e, posteriormente, estimula as contrações uterinas que irão expelir o bebê do corpo da mãe. O *saco amniótico* é uma membrana preenchida de líquido que envolve o bebê em desenvolvimento, protegendo-o e dando-lhe espaço para se mexer. O *trofoblasto*, a camada celular externa do blastocisto (que se torna parte da placenta), produz diminutas estruturas filamentosas que penetram o revestimento da parede uterina e permitem que o organismo em desenvolvimento ali se fixe até ser plenamente implantado no revestimento uterino.

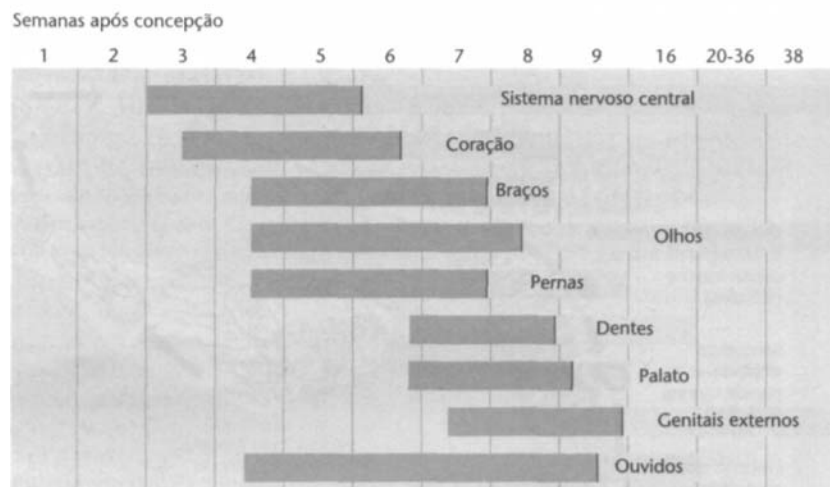
Apenas cerca de 10 a 20% dos óvulos fertilizados completam a tarefa crucial de implantação e continuam desenvolvendo-se. Os pesquisadores agora identificaram um gene chamado *Hoxa10*, o qual parece controlar se um embrião será efetivamente implantado na parede uterina (Taylor, Arici, Olive e Igarashi, 1998).

Fase Embrionária (2 a 8 Semanas)

Durante a **fase embrionária**, o segundo estágio da gestação, de aproximadamente 2 a 8 semanas, desenvolvem-se rapidamente os órgãos e os principais sistemas corporais - respiratório, digestivo, nervoso. Este é um período crítico, no qual o embrião é muito vulnerável às influências destrutivas do ambiente pré-natal (ver Figura 3-10). Um sistema ou uma estrutura orgânica que ainda está desenvolvendo-se no momento da exposição tem mais chance de ser afetado; os defeitos que ocorrem posteriormente na gravidez tendem a ser menos graves.

fase embrionária

Segunda fase da gestação (2 a 8 semanas), caracterizada por rápido crescimento e desenvolvimento dos principais sistemas e órgãos corporais.

**Figura 3-10**

Tempo de ocorrência dos defeitos congênitos. Os sistemas e as partes corporais são mais vulneráveis a danos quando estão desenvolvendo-se mais rapidamente (áreas escuras), geralmente durante o primeiro trimestre de gravidez. *Nota:* Os intervalos de tempo não são todos iguais.

(Fonte: J. E. Brody, 1995c; dados de March of Dimes.)

aborto espontâneo

Expulsão natural de um embrião ou feto que não pode sobreviver fora do útero.

Os embriões com defeitos mais graves geralmente não sobrevivem além do primeiro *trimestre* de gravidez. Chama-se **aborto espontâneo** a expulsão do útero de um embrião ou feto que é incapaz de sobreviver fora dele. A maioria dos abortos espontâneos resulta de gestações anormais; cerca de 50 a 70% envolvem anomalias cromossômicas.

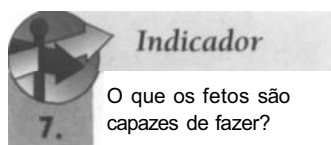
Os machos são mais propensos a serem abortados espontaneamente ou a serem natimortos (mortos ao nascer). Assim, embora cerca de 125 machos sejam concebidos para cada 100 fêmeas - fato que foi atribuído à maior mobilidade do espermatozoide portador do cromossomo Y menor -, somente 106 meninos nascem para cada 100 meninas. A maior vulnerabilidade dos machos continua após o nascimento: maior número deles morre com pouco tempo de vida e, em todas as faixas etárias, eles são mais suscetíveis a muitos distúrbios. Conseqüentemente, existem apenas 96 homens para cada 100 mulheres nos Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, USDHHS, 1996a). Além disso, a proporção de nascimentos masculinos parece estar diminuindo nos Estados Unidos, no Canadá e em diversos países europeus, ao passo que a incidência de defeitos congênitos nos bebês masculinos está aumentando, possivelmente refletindo os efeitos de poluentes ambientais (Davis, Gottlieb e Stampnitzky, 1998).

Fase Fetal (8 semanas até o nascimento)

O aparecimento das primeiras células ósseas aproximadamente na oitava semana indica a **fase fetal**, etapa final da gestação. Durante esse período, o feto cresce rapidamente até cerca de 20 vezes o seu comprimento anterior, e os órgãos e sistemas corporais tornam-se mais complexos. Até o nascimento desenvolvem-se alguns "toques de acabamento", como unhas de pés e mãos e pálpebras.

Os fetos não são passageiros passivos no útero da mãe. Eles respiram, chutam, viram-se, flexionam o corpo, dão cambalhotas, movem os olhos, engolem, fecham os punhos, soluçam e sugam o polegar. As membranas flexíveis das paredes uterinas e do saco amniótico, as quais envolvem o amortecedor protetor do líquido amniótico, permitem e até estimulam movimentos limitados.

Os cientistas podem observar o movimento fetal através do **ultra-som**, que utiliza ondas sonoras de alta frequência para detectar o contorno do feto. Outros aparelhos podem monitorar frequência cardíaca, mudanças no nível de atividade, estados de sono e vigília e reatividade cardíaca. Em um estudo, fetos monitorados a partir da vigésima semana de gestação até o nascimento apresentavam frequências cardíacas cada vez mais baixas, mas mais variáveis - possivelmente em resposta ao aumento de estresse da gravidez da mãe - e maior resposta cardíaca à estimulação. Eles também apresentavam menos atividade, ainda que mais vigorosa - talvez em conseqüência da crescente dificuldade de movimento de um feto em crescimento em um ambiente restrito, bem como da maturação do sistema nervoso. Um "salto" significativo em todos esses aspectos do desenvolvimento fetal parece ocorrer entre 28 e 32 semanas; isso pode ajudar a explicar por que be-



fase fetal

Etapa final da gestação (de 8 semanas ao nascimento), caracterizada pelo maior detalhamento das partes corporais e grande aumento do tamanho do corpo.

ultra-som

Procedimento médico pré-natal que utiliza ondas sonoras de alta frequência para detectar o contorno do feto e seus movimentos para saber se a gravidez está evoluindo normalmente.

bês nascidos prematuramente nesse período têm mais chances de sobreviver e desenvolver-se do que os que nascem antes (DiPietro, Hodgson, Costigan, Hilton e Johnson, 1996).

Os movimentos e o nível de atividade dos fetos mostram diferenças individuais notáveis, e suas frequências cardíacas variam em regularidade e rapidez. Diferenças também existem entre machos e fêmeas. Fetos masculinos, independentemente do tamanho, são mais ativos e tendem a se mexer com mais vigor do que fetos femininos durante toda a gestação. Assim, a tendência dos bebês do sexo masculino de serem mais ativos do que os do sexo feminino pode, pelo menos em parte, ser inata (DiPietro, Hodgson, Costigan, Hilton e Johnson, 1996).

A partir de aproximadamente a décima segunda semana de gestação, o feto engole e inala um pouco do líquido amniótico no qual está imerso. O líquido amniótico contém substâncias que atravessam a placenta e passam da corrente sanguínea da mãe para a corrente sanguínea do próprio feto. Compartilhar essas substâncias pode estimular os florescentes sentidos de olfato e paladar, além de contribuir para o desenvolvimento dos órgãos necessários para respiração e digestão (Mennella e Beauchamp, 1996a; Ronca e Alberts, 1995; Smotherman e Robinson, 1995, 1996). Células gustativas maduras aparecem aproximadamente na décima quarta semana de gestação. O sistema olfatório, que controla o sentido do olfato, também está bem desenvolvido antes do nascimento (Bartoshuk e Beauchamp, 1994; Mennella e Beauchamp, 1996a).

Os fetos respondem à voz e aos batimentos cardíacos da mãe e às vibrações de seu corpo, mostrando que possuem audição e tato. A familiaridade com a voz da mãe pode ter uma função básica de sobrevivência: ajudar os recém-nascidos a localizar a fonte de alimento. Bebês famintos, qualquer que seja o lado em que os seguramos, viram para o seio na direção da qual ouvem a voz da mãe (Noirot e Algeria, 1983, citado em Rovee-Collier, 1996). As respostas ao som e à vibração parecem começar na vigésima sexta semana de gestação, aumentam e, então, atingem o auge aproximadamente na trigésima segunda semana (Kisilevsky, Muir e Low, 1992).

Os fetos parecem aprender e lembrar. Em uma experiência, bebês de três dias sugavam mais um bico que ativava uma gravação de uma história que suas mães haviam lido com frequência durante as últimas 6 semanas de gestação do que em bicos que ativavam gravações de duas outras histórias. Ao que parece, os bebês reconheciam a história que haviam escutado no útero. Um grupo-controle, cujas mães não haviam recitado uma história antes do nascimento, reagia da mesma maneira às três gravações (DeCasper e Spence, 1986). Experiências semelhantes constataram que neonatos de dois a quatro dias de vida preferem seqüências musicais e lingüísticas ouvidas antes do nascimento. Eles também preferem a voz de sua mãe a de outras mulheres, vozes femininas a vozes masculinas e a língua nativa da mãe a outro idioma (DeCasper e Fifer, 1980; DeCasper e Spence, 1986; Fifer e Moon, 1995; Lecanuet et al., 1995; Moon, Cooper e Fifer, 1993).

Como sabemos que estas preferências desenvolvem-se antes e não depois do nascimento? Neonatos podiam optar entre sugar para ativar uma gravação da voz da mãe ou uma versão "filtrada" da voz dela como ela pareceria no útero. Os neonatos sugavam com mais frequência para ativar a versão filtrada, o que sugere que os fetos desenvolvem uma preferência pelos tipos de sons que ouviram antes do nascimento (Fifer e Moon 1995; Moon e Fifer, 1990).

Influências Ambientais: o Papel da Mãe

Como o ambiente pré-natal é o corpo da mãe, praticamente tudo que afeta o bem-estar dela, desde sua dieta a seu humor, pode alterar o ambiente da criança e afetar seu crescimento.

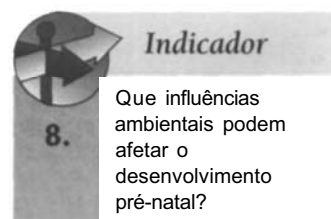
Nem todas as ameaças ambientais oferecem o mesmo risco para todos os fetos. Alguns fatores que são **teratogênicos** (produzem defeitos congênitos) em alguns casos têm pouco ou nenhum efeito sobre outros. O momento de exposição a um teratógeno, sua intensidade e sua interação com outros fatores podem ser importantes (consultar a Figura 3-10).

A vulnerabilidade pode depender de um gene do feto ou da mãe. Por exemplo, fetos que possuem uma determinada variante de um gene de crescimento, chamado/ator *de crescimento transformador a*, tem seis vezes mais risco do que outros fetos de desenvolver uma fenda palatina se a mãe fumar durante a gravidez, e quase nove vezes mais risco se ela fumar mais do que 10 cigarros por dia (Hwang et al., 1995). As mulhe-

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar dois princípios que regem o desenvolvimento físico e dar exemplos de sua aplicação durante o período pré-natal?
- ✓ Descrever como um zigoto torna-se um embrião?
- ✓ Explicar por que defeitos e abortos espontâneos tendem a ocorrer durante a fase embrionária?
- ✓ Descrever descobertas sobre a atividade fetal, o desenvolvimento sensorio e a memória?



Que influências ambientais podem afetar o desenvolvimento pré-natal?

teratogênico

Capaz de causar defeitos congênitos.

res que não possuem o alelo anormal e que fumam pelo menos 20 cigarros por dia têm maior risco de terem filhos com fenda palatina, mas o risco é ainda maior se o gene anormal estiver presente (Shaw, Wasserman et al., 1996).

Nutrição

Durante a gravidez, as mulheres precisam comer mais do que o normal: tipicamente, de 300 a 500 calorias a mais por dia, incluindo proteína extra (Winick, 1981). As gestantes que ganham entre 10 e 21 kg são menos propensas a abortar ou ter bebês natimortos ou com peso natal perigosamente baixo (Abrams e Parker, 1990).

A desnutrição durante o crescimento fetal pode ter efeitos a longo prazo. Na zona rural da Gâmbia, no oeste da África, os nascidos durante a estação "da fome", quando os alimentos da safra anterior estão escassos, têm 10 vezes mais chances de morrer no início da idade adulta do que os que nascem durante outras épocas do ano (Moore et al., 1997). Exames psiquiátricos de recrutas militares holandeses cujas mães sofreram privação de alimentos durante a gestação devido à guerra sugerem que deficiências nutricionais pré-natais profundas no primeiro ou segundo trimestre afetam o desenvolvimento cerebral, aumentando o risco de transtornos de personalidade anti-social aos 18 anos (Neugebauer, Hoek e Suer, 1999).

Mulheres desnutridas que tomam suplementos alimentares durante a gravidez tendem a ter bebês maiores, mais saudáveis, mais ativos e visualmente mais alertas (J. L. Brown, 1987; Vuori et al., 1979); mulheres com baixos níveis de zinco que tomam suplementos de zinco diariamente são menos propensas a ter bebês com baixo peso natal e pequena circunferência craniana (Goldenberg et al., 1995). Entretanto, algumas vitaminas (incluindo vitaminas A, B₆, C, D e K) podem ser prejudiciais em quantidades excessivas. A deficiência de iodo, a menos que corrigida antes do terceiro trimestre de gravidez, pode causar cretinismo, o que pode envolver graves anormalidades neurológicas ou problemas de tireóide (Cao et al., 1994; Hetzel, 1994).

Apenas recentemente soubemos da importância crítica do ácido fólico (uma vitamina do grupo B) na dieta de uma gestante. Há algum tempo os cientistas sabem que a China tem a maior incidência mundial de bebês nascidos com anencefalia e espinha bífida, que são defeitos no tubo neural (ver Tabela 3-1), mas só nos anos de 1980 os pesquisadores relacionaram esse fato com a época da concepção dos bebês. Tradicionalmente, os casais chineses casam-se em janeiro ou fevereiro e tentam engravidar o mais breve possível. Isso significa que as gravidezes, muitas vezes, se iniciam no inverno, quando as mulheres de zonas rurais têm pouco acesso a frutas e legumes frescos, fontes importantes de ácido fólico.

Depois que trabalhos médicos investigativos estabeleceram a carência de ácido fólico como causa de defeitos no tubo neural, a China iniciou um programa geral de fornecimento de suplementos de ácido fólico para as futuras mães (Tyler, 1994). Nos Estados Unidos, as mulheres em idade reprodutiva agora são aconselhadas a incluir essa vitamina na dieta mesmo antes de ficarem grávidas, pois o dano por deficiência de ácido fólico pode ocorrer durante as primeiras semanas de gestação (American Academy of Pediatrics [AAP] Committee on Genetics, 1993; "Wellness Facts", 1999). O aumento do consumo de ácido fólico em apenas quatro décimos de miligrama a cada dia reduziria a incidência de defeitos no tubo neural em cerca de 50% (Daly, Kirke, Molloy, Weir e Scott, 1995).

Mulheres obesas também arriscam ter filhos com defeitos no tubo neural. As mulheres que, antes da gravidez, pesam mais de 80 quilos, ou possuem um índice de massa corporal (peso em relação à altura) elevado são mais propensas a produzir bebês com esses defeitos, independentemente da ingestão de folato. A obesidade também aumenta o risco de outras complicações da gravidez, incluindo aborto, parto de bebê natimorto e morte neonatal (morte durante o primeiro mês de vida) (Goldenberg e Tamura, 1996; Shaw, Velie e Schaffer, 1996; Werler, Louik, Shapiro e Mitchell, 1996).

Atividade Física

Exercícios moderados não parecem pôr em perigo os fetos de mulheres saudáveis (Carpenter et al., 1988); uma mulher grávida geralmente pode continuar correndo, andando de bicicleta, nadando ou jogando tênis. A prática regular de exercício previne constipação e melhora a respiração, a circulação, o tônus muscular e a elasticidade da pele, todos os quais contribuem para uma gravidez mais confortável e um parto mais fácil e seguro.

As atividades de trabalho durante a gravidez geralmente não envolvem riscos especiais. Entretanto, condições de trabalho exaustivas, fadiga ocupacional e horas de trabalho prolongadas podem estar associadas com maior risco de nascimento prematuro (Luke et al., 1995).

A Escola Americana de Obstetrícia e Ginecologia (1994) recomenda que as mulheres com gestação de baixo risco orientem-se por sua própria capacidade e resistência. O mais seguro para gestantes parece ser praticar exercícios moderadamente, sem forçar-se e sem elevar a frequência cardíaca acima de 150 e ir parando aos poucos ao final de cada sessão em vez de parar abruptamente.

Consumo de Drogas

Praticamente tudo que uma gestante ingere chega até o útero. As drogas podem atravessar a placenta, assim como ocorre com o oxigênio, o gás carbônico e a água. A vulnerabilidade é maior nos primeiros meses de gestação, quando o desenvolvimento é mais rápido. Alguns problemas resultantes da exposição pré-natal a drogas podem ser tratados se a presença de uma droga for detectada cedo.

Quais são os efeitos do uso de drogas específicas durante a gravidez? Primeiramente, examinaremos os medicamentos, depois o álcool, a nicotina e a cafeína e, por fim, algumas drogas ilegais: maconha, opiáceos e cocaína.

Medicamentos Anteriormente pensava-se que a placenta protegia o feto contra as drogas que a mãe ingeria durante a gravidez - até o início da década de 1960, quando um tranqüilizante, chamado *talidomida*, foi proibido depois de ter provocado atrofia ou ausência de membros, graves deformidades faciais e órgãos defeituosos em cerca de 12 mil bebês. A tragédia da talidomida sensibilizou os profissionais da medicina e o público para os perigos potenciais de tomar remédios durante a gestação. Hoje, sabe-se que quase 30 remédios são teratogênicos em doses clinicamente recomendadas (Koren, Pastuszak e Ito, 1998). Entre eles encontram-se o antibiótico tetraciclina, alguns barbitúricos, opiáceos e outros depressores do sistema nervoso central, diversos hormônios, incluindo o dietilestilbestrol (DES) e androgênios, alguns antineoplásicos, como o metotrexato Accutane, um medicamento frequentemente prescrito para acne severa, e aspirina e outros antiinflamatórios, os quais devem ser evitados durante o terceiro trimestre.

Os efeitos podem não ser apenas físicos e podem ser de longa duração. Em um estudo, dinamarqueses entre 30 e 40 anos cujas mães tomaram fenobarbital durante a gravidez (especialmente durante o último trimestre) obtiveram escores de inteligência verbal significativamente mais baixos do que um grupo-controle. Ser de origem socioeconômica inferior ou ter sido o produto de uma gravidez indesejada tendia a amplificar o resultado negativo, o que demonstra uma interação de fatores ambientais antes e depois do nascimento (Reinisch, Sanders, Mortensen, Psych e Rubin, 1995).

A Comissão de Drogas da Academia Americana de Pediatria (AAP) (1994) recomenda que *nenhum* medicamento seja prescrito para uma mulher grávida ou em amamentação a menos que seja essencial para sua saúde ou a de seu filho. Mulheres grávidas não devem tomar medicamentos vendidos sem receita sem consultar um médico (Koren et al., 1998).

Álcool Como Abel Dorris, cerca de um bebê a cada 750 sofre de **síndrome alcoólica fetal (SAF)**, uma combinação de retardo no crescimento pré e pós-natal, malformações faciais e corporais e distúrbios do sistema nervoso central. Os problemas relacionados com o sistema nervoso central podem incluir, na primeira infância, fraca sucção, anomalias nas ondas cerebrais e perturbações do sono; na infância em geral, lento processamento de informações, pouca capacidade de atenção, inquietude, irritabilidade, hiperatividade, deficiências de aprendizagem e dificuldades motoras.

O número de crianças com SAF aumentou mais de seis vezes desde 1979, atingindo 6,7 a cada 10 mil nascimentos (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 1995). Entretanto, não se sabe se isso representa um real aumento no número de bebês com SAF ou apenas um aumento na consciência e notificação do problema. Para toda criança com SAF, até 10 outras podem nascer com *efeitos fetais do álcool*. Menos grave, essa condição pode incluir retardo mental, retardo no crescimento intrauterino e anormalidades congênitas menores.

VERIFICADOR

Você é capaz de...

- ✓ Resumir as recomendações para dieta e exercício físico durante a gravidez?

Pense sobre isso...

- Milhares de adultos hoje vivos sofreram grandes anormalidades porque, na década de 1950, suas mães tomaram o tranqüilizante talidomida durante a gravidez. Por esse motivo, o uso de talidomida foi proibido nos Estados Unidos e em alguns outros países. Agora descobriu-se que a talidomida é eficaz no tratamento e controle de muitas doenças, desde úlceras da boca até o câncer de cérebro. Deve haver permissão para seu uso com esses propósitos, ainda que exista o risco de que mulheres grávidas possam tomá-la?

síndrome alcoólica fetal (SAF)

Combinação de anormalidades mentais, motoras e do desenvolvimento que afetam os filhos de mulheres que bebem muito durante a gravidez.



Uma mulher que bebe durante a gravidez corre o risco de ter um filho com síndrome alcoólica fetal, como é o caso deste menino de 4 anos.

Mesmo o consumo moderado de bebidas alcoólicas pode prejudicar o feto, aumentando o risco de retardo no crescimento (Mills, Graubard, Harley, Rhoads e Berendes, 1984) e no processamento de informações (Jacobson, Jacobson, Sokol, Martier e Ager, 1993). Quanto mais a mãe bebe, maior o efeito. O consumo moderado ou excessivo durante a gravidez parece alterar a qualidade do choro de um recém-nascido, um indicador de sua condição neurocomportamental. (O mesmo ocorre com o tabagismo durante a gravidez.) As perturbações no funcionamento neurológico e comportamental podem, por sua vez, afetar a interação social com a mãe, que é vital para o desenvolvimento emocional (Nugent et al., 1996).

Alguns problemas da SAF desaparecem depois do nascimento, mas outros, como retardo, problemas comportamentais e da aprendizagem e hiperatividade, tendem a persistir até a idade adulta. Infelizmente, enriquecer a educação ou o ambiente geral dessas crianças não parece melhorar seu desenvolvimento cognitivo (Kerns, Don, Mateer e Streissguth, 1997; Spohr, Willms e Steinhausen, 1993; Streissguth et al., 1991; Strömmland e Hellström, 1996).

Como se desconhece o nível seguro de consumo de álcool durante a gravidez, as mulheres são aconselhadas a evitá-lo desde a época em que começam a pensar em ficar grávidas até o término da amamentação (AAP Committee on Substance Abuse, 1993). Infelizmente, a despeito dos conhecidos riscos à saúde, o uso de álcool durante a gravidez tem aumentado consideravelmente; 16,3% das mulheres grávidas eram usuárias de álcool em 1995, comparado com 12,4% em 1991, e o índice de consumo freqüente de álcool aumentou quatro vezes, passando de 0,8 para 3,5% (CDC, 1997).

Nicotina Estima-se que o tabagismo em mulheres grávidas seja responsável pela morte de 5.600 bebês e 115.000 abortos a cada ano nos Estados Unidos. Das mortes, 1.900 são casos de *síndrome de morte súbita do lactente (SMSL)*, na qual um bebê aparentemente saudável é inesperadamente encontrado morto (ver Capítulo 4); os outros 3.700 bebês morrem antes de completar um mês de vida, muitos deles por serem pequenos demais para sobreviver. Estima-se que o fumo durante a gravidez contribui para o nascimento de 53 mil bebês de baixo peso natal (isto é, que pesam menos de 2,5 kg ao nascer) a cada ano e 22 mil bebês que precisam de assistência intensiva (DiFranza e Lew, 1995).

Como as mulheres que fumam durante a gravidez também tendem a fumar depois de dar à luz, é difícil distinguir os efeitos da exposição pré e pós-natal. Um estudo fez isso examinando 500 recém-nascidos aproximadamente 48 horas após o nascimento, enquanto ainda estavam na maternidade do hospital - local onde é proibido fumar - e, portanto, não haviam tido contato com o fumo fora do útero. Os recém-nascidos cujas mães haviam fumado durante a gravidez eram mais baixos e mais leves e tinham pior funcionamento respiratório do que bebês de mães não-fumantes (Stick, Burton, Gurrin, Sly e LeSouéf, 1996).

O fumo durante a gravidez pode aumentar o risco de câncer no bebê. Amostras de urina de bebês em Düsseldorf, Alemanha, cujas mães haviam fumado durante a gravidez continham um cancerígeno presente apenas no tabaco; amostras de bebês de mães não-fumantes não o apresentavam (Lackmann et al., 1999).

O fumo durante a gravidez parece ter alguns dos mesmos efeitos que tem o álcool sobre as crianças quando elas chegam à idade escolar: fraca capacidade de atenção, hiperatividade, ansiedade, problemas de aprendizagem e comportamentais, problemas perceptivos, motores e lingüísticos, baixos escores de QI, colocação em grupos retardatários e problemas neurológicos (Landesman-Dwyer e Emanuel, 1979; Milberger, Biederman, Faraone, Chen e Jones, 1996; Naeye e Peters, 1984; D.Olds, Henderson e Tatelbaum, 1994a, 1994b; Streissguth et al., 1984; Wakschlag et al., 1997; Weitzman, Gortmaker e Sobol, 1992; Wright et al., 1983). Um estudo longitudinal de 10 anos avaliou descendentes de 6 a 23 anos de idade de mulheres que disseram ter fumado muito durante a gravidez e constatou um risco quatro vezes maior de transtornos de conduta nos rapazes, iniciados antes da puberdade, e um risco cinco vezes maior de dependência de drogas entre moças, iniciada na adolescência, em comparação com jovens cujas mães não haviam fumado durante a gravidez (Weissman, Warner, Wickramaratne e Kandel, 1999).

Em contraste com o uso de álcool, o fumo durante a gravidez está diminuindo. Sua prevalência caiu em 26% entre 1991 e 1996 (de quase 20% para 14%). Entretanto, para gestantes adolescentes, dos 15 aos 19 anos, o tabagismo aumentou para 17,2% em 1995 e 1996, revertendo um declínio anterior (National Center for Health Statistics [NCHS], 1998b).

Cafeína Pode a cafeína ingerida por uma gestante no café, no chá, nos refrigerantes ou no chocolate causar problemas para o feto? De maneira geral, a resposta é incerta. Parece claro que a cafeína não é teratogênica para bebês humanos (Hinds, West, Knight e Harland, 1996). Um estudo com controle de caso demonstrou que a cafeína não tem efeito sobre baixo peso natal, nascimento prematuro ou retardo no crescimento letal (Santos, Victora, Huttly e Carvalhal, 1998). Contudo, o consumo de cafeína tem sido associado ao aborto espontâneo (Dlugosz et al., 1996), e quatro ou mais xícaras de café por dia podem aumentar dramaticamente o risco de síndrome de morte súbita do lactente (Ford et al., 1998).

Maconha As descobertas sobre o uso de maconha por mulheres grávidas são mistas. Algumas evidências indicam que o uso pesado de maconha pode levar a defeitos congênitos. Um estudo canadense revelou distúrbios neurológicos transitórios, como tremores e sobressaltos, e maiores taxas de baixo peso natal nos filhos de fumantes de maconha (Fried, Watkinson e Willan, 1984).

Na Jamaica, onde o uso de maconha é comum, a análise do choro de bebês concluiu que o uso pesado de maconha por parte da mãe afeta o sistema nervoso do bebê (Lester e Dreher, 1989). Por outro lado, em um outro estudo, bebês de três dias de mães que haviam usado maconha no período pré-natal não apresentaram diferenças em relação a um grupo-controle de recém-nascidos não-expostos; com 1 mês de idade, os bebês expostos eram mais alertas e sociáveis e menos irritadiços (Dreher, Nugent e Hudgins, 1994). Os autores desse estudo sugerem que as jamaicanas rurais que usam maconha tendem a ter melhor nível de instrução, maior renda e mais adultos vivendo em casa, e que esses fatores podem combinar-se para criar um ambiente de criação mais favorável. Assim, os cientistas não podem observar um único fator, como o uso de maconha, isoladamente, mas devem explorar o contexto cultural no qual ele ocorre. Mesmo assim, o caminho mais seguro para mulheres em idade reprodutiva é *não* usar maconha.

Opiáceos As mulheres dependentes de morfina, heroína e codeína tendem a dar à luz a bebês prematuros e dependentes das mesmas drogas; eles sofrem seus efeitos até pelo menos os 6 anos de idade. Os neonatos dependentes são inquietos e irritadiços e, muitas vezes, têm tremores, convulsões, febre, vômito e dificuldades de respiração; eles tendem a morrer logo após o nascimento (Cobrinick, Hood e Chused, 1959; Henly e Fitch, 1966; Ostrea e Chavez, 1979). Os que sobrevivem choram com frequência e são menos alertas e menos responsivos do que outros bebês (Strauss, Lessen-Firestone, Starr e Ostrea, 1975). Na segunda infância têm menor peso, são mais baixos, mais desajustados e têm resultados inferiores em testes de capacidade perceptiva e de aprendizagem (G. Wilson, McCreary, Kean e Baxter, 1979). Essas crianças tendem a não irem bem na escola, são excessivamente ansiosas em situações sociais e têm dificuldade para fazer amigos (Householder, Hatcher, Burns e Chasnoff, 1982).

Cocaína As estimativas oficiais do número de bebês expostos à cocaína nascidos nos Estados Unidos a cada ano variam de 45 mil a 375 mil (Lester, LaGasse e Siefer, 1998). Os efeitos podem ser mais sutis do que os do álcool ou algumas outras drogas; muitos "filhos da cocaína" parecem bebês normais (Azar, 1997). Além disso, os efeitos da cocaína são difíceis de isolar, uma vez que as mulheres que a utilizam também tendem a utilizar outras substâncias, como álcool e maconha (Napiorkowski et al., 1996; Tronick, Frank, Cabral, Mirochnick e Zuckerman, 1996).

O uso de cocaína por parte de mulheres grávidas está associado a maior risco de aborto espontâneo, prematuridade, baixo peso natal e menor circunferência craniana. Os "filhos da cocaína", em geral, não são tão alertas quanto os outros bebês, nem tão responsivos, tanto emocional quanto cognitivamente (Alessandri, Sullivan, Imaizumi e Lewis, 1993; Kliegman, Madura, Kiwi, Eisenberg e Yamashita, 1994; Lester et al., 1991; Napiorkowski et al., 1996; Ness et al., 1999; Phillips, Sharma, Premachandra, Vaughn e Reyes-Lee, 1996; Singer et al., 1994; Tronick et al., 1996; Zuckerman et al., 1989).

Estes bebês podem apresentar atividade motora prejudicada (Fetters e Tro-nick, 1996) ou atividade excessiva, bem como tensão muscular extrema, movimentos espasmódicos, sobressaltos, tremores e outros sinais de estresse neurológico (Napiorkowski et al., 1996). Eles tendem a ter problemas para regular a atenção (Mayes, Granger, Frank, Schottenfeld e Bornstein, 1993) e excitação emocional. Quando interrompidos, frustrados ou contrariados, têm dificuldades para se "reagrupar", recuperar-se e seguir adiante. Essas e outras evidências sugerem que a cocaína pode afetar regiões específicas do cérebro em desenvolvimento que controlam essas funções (Bendersky, Alessandri e Lewis, 1996; Bendersky e Lewis, 1998). Quanto mais cocaína uma mulher usa durante a gravidez, maiores as chances de crescimento fetal e funcionamento neurológico prejudicados (Chiriboga, Brust, Bateman e Hauser, 1999).

Os filhos da cocaína tendem a ter problemas para interagir normalmente com quem o cuida. A inatividade, a letargia, a irritabilidade ou a falta de reação do bebê pode frustrar a mãe e impedi-la de formar um relacionamento íntimo afetivo com ele. Por outro lado, é possível que bebês expostos à cocaína não aprendam a regular e expressar suas emoções porque suas mães usuárias de cocaína são menos sensíveis e responsivas do que outras mães (Alessandri, Sullivan, Bendersky e Lewis, 1995; Bendersky et al., 1996; Bendersky e Lewis, 1998; Phillips et al., 1996).

Fisicamente, alguns bebês expostos à cocaína recuperam-se. Principalmente se tiveram boa assistência pré-natal, eles podem alcançar peso, comprimento e circunferência craniana normal no primeiro ano de idade (Racine, Joyce e Anderson, 1993; Weathers, Crane, Sauvain e Blackhurst, 1993). Entretanto, deficiências no controle motor, especialmente no uso das mãos e na coordenação olho-mão, foram constatadas aos 2 anos (Arendt, Angelopoulos, Salvator e Singer, 1999). Os efeitos psicossociais tendem a durar mais tempo; crianças expostas à cocaína mostram tendência para problemas comportamentais, como agressividade e ansiedade, sobretudo quando estão sob pressão (Azar, 1997).

A exposição à cocaína em pequena quantidade parece ter pouco efeito a longo prazo sobre a cognição, mas a exposição a níveis *elevados* pode produzir dificuldades, principalmente para adquirir habilidades complexas (Alessandri, Bendersky e Lewis, 1998). Os danos cerebrais menores decorrentes do contato com cocaína podem aumentar o número de crianças repetentes nas escolas e podem elevar os custos da educação especial nos Estados Unidos em cerca de 350 milhões de dólares por ano (Lester, LaGasse e Seifer, 1998).

Pense sobre isso . . .

- O interesse da sociedade em proteger as crianças que estão por nascer justifica medidas coercitivas contra gestantes que ingerem álcool ou outras drogas que podem prejudicar o feto? Em caso afirmativo, que forma essas medidas devem assumir?

síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS)

Doença viral que impede o funcionamento eficiente do sistema imunológico.

Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência (HIV) e AIDS

A **Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS)** é uma doença causada pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV), o qual solapa o funcionamento do sistema imunológico. Se uma gestante tem o vírus no sangue, ele pode chegar à corrente sanguínea do feto através da placenta. Depois do nascimento, o vírus pode ser transmitido pelo leite materno.

Importantes avanços ocorreram na prevenção, na detecção e no tratamento da infecção por HIV em bebês. Eles incluem o sucesso no uso da zidovudina, comumente chamada de AZT, para diminuir a transmissão; o reconhecimento de que as mulheres com HIV não devem amamentar; a disponibilidade de novas drogas para tratar a pneumonia relacionada à AIDS. Entre 1992 e 1997, quando o tratamento com zidovudina foi disseminado, o número de bebês que contraíram AIDS de suas mães diminuiu em aproximadamente dois terços, aumentando a esperança de que a transmissão do vírus da mãe para o filho possa ser praticamente eliminada (Lindgren *et al.*, 1999). O tratamento parece não ter efeitos adversos em crianças não-infectadas filhas de mães infectadas (Culnane et al., 1999). O risco de transmissão também pode ser reduzido pelo parto cesariano (International Perinatal HIV Group, 1999).

As perspectivas para crianças nascidas com infecção por HIV melhoraram. O progresso da doença, pelo menos em algumas crianças, parece mais lento do que se pensava. Embora alguns desenvolvam plenamente a AIDS no primeiro ou segundo aniversário, outros vivem por anos sem serem muito afetados, quando o são (European Collaborative Study, 1994; Grubman et al., 1995; Nielsen et al., 1997; Nozyce et al., 1994). Entretanto, isso também significa que crianças infectadas que parecem saudáveis podem não ser diagnosticadas nos primeiros estágios.

Outras Doenças Maternas

Algumas enfermidades contraídas durante a gravidez podem ter sérios efeitos sobre o feto. É quase garantido que a rubéola, se contraída pela mãe antes da décima primeira semana de gravidez, cause surdez e defeitos cardíacos no bebê. Entre a décima terceira e décima sexta semanas de gravidez, as chances de isso acontecer são de apenas cerca de um terço, e após a décima sexta semana são quase nulas (E. Miller, Craddock-Watson e Pollock, 1982). Esses defeitos são raros na atualidade, pois a maioria das crianças é vacinada contra a rubéola, tornando improvável que uma gestante pegue a doença.

O diabetes, a tuberculose e a sífilis podem causar problemas no desenvolvimento letal, e a gonorréia e o herpes genital podem ter efeitos prejudiciais sobre o bebê no momento do parto. A menos que cuidadosamente controlada, a regulação metabólica de uma mãe diabética, principalmente durante o segundo e terceiro trimestres de gravidez, pode afetar o desenvolvimento neurocomportamental e o desempenho cognitivo da criança a longo prazo. (Rizzo, Metzger, Dooley e Cho, 1997). A incidência do vírus do herpes simples genital (HSV) aumentou entre recém-nascidos, os quais podem adquirir a doença da mãe ou do pai no nascimento ou logo depois dele (Sullivan-Bolyai, Hull, Wilson e Corey, 1983), causando cegueira, outras anomalias ou morte.

Ambos os futuros pais devem tentar prevenir todas as infecções - resfriados, gripes, infecções vaginais e do trato urinário e doenças sexualmente transmissíveis - sempre que possível. O pai pode transmitir uma infecção para a mãe, a qual pode ter efeitos diretos sobre o feto. Caso a mãe contraia uma infecção, ela deve ser tratada imediatamente por um médico que saiba que ela está grávida. Mulheres grávidas também devem ser testadas para deficiência da tireóide, a qual pode afetar o desempenho cognitivo futuro de seus filhos (Haddow et al., 1999).

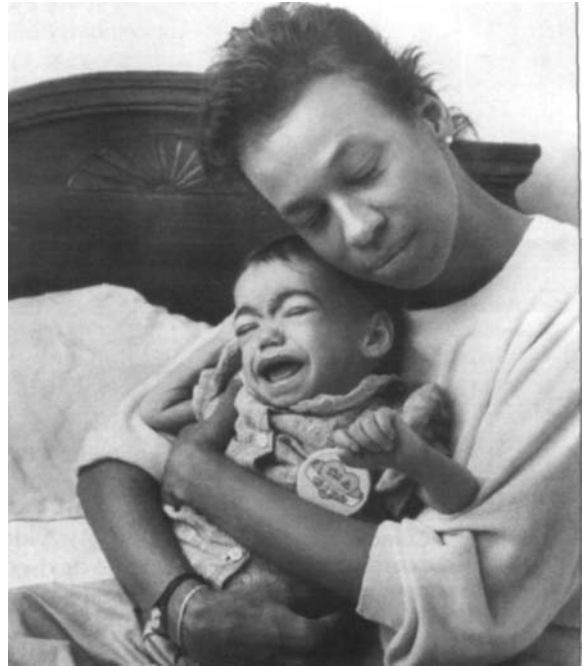
Idade Materna

Após os 35 anos, existe mais chance de aborto ou parto de natimorto, além de maior tendência para parto prematuro, crescimento fetal retardado, outras complicações ligadas ao nascimento ou a defeitos congênitos. Gestantes mais velhas são mais propensas a sofrer complicações e até morte por diabetes, hipertensão ou hemorragia grave. Entretanto, os riscos de gravidez em idade mais avançada parecem ser menores do que se pensava; a maioria dos riscos para a saúde do bebê não são muito maiores do que para bebês de mães mais jovens. Com a realização de triagem geral para defeitos fetais entre gestantes mais velhas, os partos de fetos malformados diminuíram (Berkowitz, Skovron, Lapinski e Berkowitz, 1990; P. Brown, 1993; Cunningham e Leveno, 1995; Fretts, Schmittiel, McLean, Usher e Goldman, 1995). (Os riscos da gravidez na adolescência são discutidos no Capítulo 12.)

Ameaças Ambientais Externas

Substâncias químicas, radiação, extremos de calor e umidade e outras ameaças da vida moderna podem afetar o desenvolvimento pré-natal. As mulheres que trabalham com produtos químicos utilizados na fabricação de *chips* semicondutores têm aproximadamente o dobro da taxa de aborto de outras operárias (Markoff, 1992). Bebês expostos a níveis elevados de chumbo no período pré-natal obtêm resultados inferiores em testes de capacidade cognitiva quando comparados a bebês expostos a níveis baixos ou moderados (Bellinger, Leviton, Watermaux, Needleman e Rabinowitz, 1987; Needleman e Gatsonis, 1990). Crianças com exposição pré-natal a metais pesados têm maior incidência de doenças infantis e menor inteligência do que crianças não-expostas a esses metais (Lewis, Worobey, Ramsay e McCormack, 1992).

A radiação pode causar mutações genéticas. A radiação nuclear afetou bebês japoneses após as explosões das bombas atômicas de Hiroshima e Nagasaki (Yamazaki e



Esta mãe de 26 anos de idade contraiu AIDS de seu marido, que tinha sido infectado por uma ex-namorada usuária de drogas intravenosas. O pai foi o primeiro a morrer, seguido pelo bebê de 21 meses e, finalmente, pela mãe.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever como o uso de medicamentos, álcool, tabaco, cafeína, maconha, opiáceos e cocaína por parte da mãe durante a gravidez afeta o feto a curto e longo prazo?
- ✓ Resumir os riscos de doenças maternas, gravidez tardia e exposição a substâncias químicas e radiação?

Schull, 1990) e bebês alemães após o vazamento na usina atômica de Chernobil na União Soviética (West Berlin Human Genetics Institute, 1987). A exposição pré-natal à radiação está associada a maior risco de retardo mental, menor diâmetro da cabeça, malformações cromossômicas, síndrome de Down, convulsões e mau desempenho em testes de QI e na escola. O período crítico parece ser da oitava a décima quinta semanas após a fecundação (Yamazaki e Schull, 1990).

Influências Ambientais: O Papel do Pai

O pai também pode transmitir defeitos ambientalmente produzidos. A exposição de um homem a chumbo, maconha e fumaça de cigarro, a grandes quantidades de álcool ou radiação, a dietilestilbestrol e a certos pesticidas pode resultar na produção de esperma anormal (R. Lester e Van Theil, 1977). Os pais cuja dieta é pobre em vitamina C tendem mais a ter filhos com defeitos congênitos e certos tipos de câncer (Fraga et al., 1991).

O uso de cocaína por parte do pai pode causar defeitos congênitos em seus filhos. A cocaína parece ligar-se ao esperma, e esse esperma com cocaína, então, penetra no óvulo na concepção. Outras toxinas, como chumbo e mercúrio, podem "ir de carona" no esperma da mesma maneira (Yazigi, Odem e Polakoski, 1991).

Pais mais velhos podem ser uma causa significativa de defeitos congênitos (Crow, 1993, 1994). A idade avançada do pai (em média no final dos 30 anos) está associada ao aumento de risco de várias doenças raras, incluindo a síndrome de Marfan (deformidades da cabeça e dos membros) e nanismo (Evans, 1976). A idade avançada do pai também pode ser um fator em cerca de 5% dos casos de síndrome de Down (Antonarakis e Down Syndrome Collaborative Group, 1991). Mais células masculinas do que femininas sofrem mutações, e as mutações podem aumentar com a idade paterna.

O tabagismo do pai é uma influência ambiental prejudicial, a qual tem sido associada a baixo peso natal e maior risco de câncer na idade adulta (Rubin, Krasilnikoff, Leventhal, Weile e Berget, 1986; Sandler, Everson, Wilcox e Browder, 1985). Nesse tipo de estudo, muitas vezes, é difícil fazer distinção entre exposição pré-natal à fumaça e exposição durante a infância, e entre o fumo do pai e da mãe. Para contornar esse problema, pesquisadores fizeram um estudo em Xangai, China, onde os homens comumente fumam, mas as mulheres não o fazem. O estudo identificou uma forte conexão entre o tabagismo do pai e o risco de câncer na infância, principalmente leucemia aguda e linfoma (Ji et al., 1997).

Avaliação e Intervenção Pré-natal

Até pouco tempo atrás, praticamente a única decisão que os pais tinham que tomar sobre os filhos antes do nascimento era a decisão de engravidar; a maior parte do que acontecia nos nove meses de gravidez não estava sob seu controle. Atualmente dispomos de uma série de instrumentos para avaliar o desenvolvimento e o bem-estar do bebê e até para intervir para corrigir algumas condições anormais.

Ultra-sonografia

Alguns pais vêem seu bebê pela primeira vez em um *sonograma*. Como mencionado anteriormente, a imagem do útero, do feto e da placenta é criada pelo *ultra-som*, ondas sonoras de alta frequência dirigidas ao abdome da mulher. O *ultra-som* proporciona as imagens mais claras que se pode obter de um feto no útero, com pouco ou nenhum desconforto para a mãe. O *ultra-som* é utilizado para medir o crescimento do feto, determinar a idade de gestação, detectar gravidez múltipla, avaliar anomalias uterinas, detectar importantes anomalias estruturais do feto e saber se o feto morreu, bem como orientar outros procedimentos, como a amniocentese. Os resultados do *ultra-som* podem indicar que outros procedimentos podem ser necessários. O *ultra-som* também pode revelar o sexo do feto.

O uso do *ultra-som* é cada vez mais comum; ele foi utilizado por 64% das mães que deram à luz bebês vivos em 1996, comparado com apenas 48% em 1989 (Ventura, Martin, Curtin e Matthews, 1998). Entretanto, a triagem por *ultra-som* não parece reduzir a morte fetal e neonatal (Ewigman et al., 1993). Assim, parece não haver motivo para utilizá-lo em gestações de pouco risco, principalmente porque algumas pesquisas indicam que *ultra-sons* repetidos com frequência podem afetar o crescimento do feto (Newnham, Evans, Michael, Stanley e Landau, 1993).

Pense sobre isso . . .

- Considerando-se que a cocaína, a maconha, o tabaco e outras substâncias podem produzir anomalias genéticas no esperma de um homem, os homens em idade reprodutiva deveriam ser forçados a se abster dessas substâncias? Como o cumprimento dessa proibição poderia ser realizado?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar pelo menos três maneiras através das quais defeitos de origem ambiental podem ser influenciados pelo pai?



Indicador

9. Que técnicas podem avaliar a saúde e o bem-estar de um feto, e qual é a importância do pré-natal?

A melhor maneira de prevenir complicações de parto é obter assistência pré-natal desde cedo, a qual pode incluir *check-ups* por ultra-som, como está fazendo esta mulher, para acompanhar o desenvolvimento do feto. O ultra-som é um instrumento diagnóstico que apresenta uma imagem imediata do feto no útero.



Amniocentese

Na **amniocentese**, uma amostra do líquido do saco amniótico que envolve o feto é retirada e analisada. Esse líquido contém células fetais, e sua análise permite aos médicos detectar a presença de alguns defeitos genéticos ou multifatoriais e todos os distúrbios cromossômicos reconhecíveis. A amniocentese, como o ultra-som, também pode revelar o sexo do feto, o que pode ajudar a diagnosticar distúrbios vinculados ao sexo. Em alguns países asiáticos onde há preferência por meninos, esses dois procedimentos têm sido empregados (em alguns lugares, ilegalmente) para "triagem sexual" dos bebês no útero, com o resultado de que nessas populações há predominância de homens (Burns, 1994; Kristof, 1993; WuDunn, 1997).

A amniocentese é muito menos comum do que o ultra-som; apenas 3,2% das mães que deram à luz bebês vivos a utilizaram em 1996 (Ventura et al., 1998). Ela é recomendada para mulheres grávidas de 35 ou mais anos. Também é recomendada quando ela e o parceiro forem ambos portadores de doenças como Tay-Sachs ou anemia falciforme, ou quando tiverem história familiar de doenças, como síndrome de Down, espinha bífida, doença Rh e distrofia muscular.

A amniocentese geralmente é realizada entre a décima quinta e décima oitava semanas de gravidez. As mulheres que fazem o teste mais cedo podem aumentar muito seu risco de aborto, o que é mais comum durante o primeiro trimestre. Um estudo canadense randomizado constatou uma taxa de 7,6% de perda fetal quando a amniocentese era realizada entre a décima primeira e a décima segunda semanas de gestação, comparado com 5,9% entre a décima quinta e décima sexta semanas (Canadian Early and Mid-Trimester Amniocentesis Trial [CEMAT] Group, 1998).

Outros Métodos de Avaliação

Na **amostragem das vilosidades coriônicas (AVC)**, os tecidos das extremidades das vilosidades - projeções piliformes do córion, membrana que envolve o embrião, compostas de células fetais - são testadas para a presença de defeitos e doenças congênitas. Esse procedimento pode ser realizado entre a oitava e décima terceira semanas de gravidez (mais cedo do que a amniocentese) e fornece resultados em aproximadamente uma semana. Contudo, um estudo revelou uma chance quase 5% mais alta de aborto ou morte neonatal após a AVC do que após a amniocentese (D'Alton e DeCherney, 1993).

A **embrioscopia**, introdução de um visor diminuto no abdome de uma gestante, pode oferecer uma imagem clara de embriões de apenas seis semanas. O procedimento é promissor para diagnóstico e tratamento precoce de anomalias embrionárias e fetais (Quintero, Abuhamad, Hobbins e Mahoney, 1993).

O **diagnóstico genético de pré-implantação** pode identificar alguns defeitos genéticos em embriões de quatro a oito células, os quais foram concebidos por fertilização *in vitro* (ver Capítulo 14) e ainda não foram implantados no útero da mulher. Em um es-

amniocentese

Procedimento diagnóstico pré-natal em que uma amostra de líquido amniótico é retirada e analisada para determinar se certos defeitos genéticos estão presentes.

amostragem das vilosidades coriônicas (AVC)

Procedimento diagnóstico pré-natal em que o tecido das vilosidades (projeções piliformes da membrana que envolve o feto) é analisado para detectar defeitos congênitos.

embrioscopia

Procedimento médico pré-natal em que um visor é introduzido no abdome de uma gestante para visualizar o embrião com fins de diagnóstico e tratamento de anomalias.

diagnóstico genético de pré-implantação

Procedimento médico em que as células de um embrião fecundadas *in vitro* são analisadas para detectar defeitos genéticos antes da implantação do embrião no útero da mãe.

amostragem do cordão umbilical

Procedimento médico pré-natal em que amostras de sangue do feto são retiradas do cordão umbilical para avaliar o funcionamento do corpo; também é chamada *amostragem do sangue fetal*.

exame do sangue materno

Procedimento diagnóstico pré-natal para detectar a presença de anomalias fetais, utilizado principalmente quando o feto tem risco de defeitos no sistema nervoso central.

tudo, os pesquisadores extraíram e examinaram uma única célula para detectar fibrose cística (Handyside, Lesko, Tarin, Winston e Hughes, 1992). Embriões defeituosos não foram implantados.

Inserindo uma agulha nos minúsculos vasos sanguíneos do cordão umbilical com o auxílio do ultra-som, os médicos podem coletar amostras de sangue do feto e, com isso, fazer hemogramas, examinar a função hepática e avaliar diversas outras funções do organismo. Esse procedimento, chamado de **amostragem do cordão umbilical** ou *amostragem do sangue fetal* pode detectar infecções, anemia, certos distúrbios metabólicos, imunodeficiências e insuficiência cardíaca. Parece ainda ser promissor para a identificação de outros problemas. Contudo, a técnica está associada a aborto, sangramento do cordão umbilical, parto prematuro e infecção (Chervenak, Isaacson e Mahoney, 1986; D'Alton e DeCherney, 1993).

Uma amostra de sangue da mãe coletada entre a décima sexta e décima oitava semanas de gravidez pode ser testada para determinar a quantidade de α feto-proteína (AFP) que contém. Esse **exame do sangue materno** é apropriado para mulheres com risco de terem filhos com defeitos na formação do cérebro ou da medula espinal, como anencefalia ou espinha bífida, os quais podem ser detectados por níveis elevados de AFP. Para confirmar ou refutar a presença de condições suspeitas, pode-se realizar ultra-som, amniocentese ou ambos.

Exames de sangue de amostras coletadas entre a décima quinta e vigésima semanas de gestação podem prever cerca de 60% dos casos de síndrome de Down. O diagnóstico pode então ser confirmado por amniocentese. Esse exame é particularmente importante para mulheres com menos de 35 anos, que dão à luz 80% de todos os bebês com síndrome de Down, mas geralmente não são induzidas a fazer amniocentese (Haddow *et al.*, 1992).

A descoberta de que células fetais que "vazam" para o sangue materno no início da gravidez podem ser isoladas e analisadas (Simpson e Elias, 1993) tornará possível detectar distúrbios genéticos, bem como cromossômicos, com um exame de sangue materno sem a utilização de procedimentos mais invasivos e arriscados, como a amniocentese, a amostragem das vilosidades coriônicas e a amostragem do cordão umbilical. Os pesquisadores já conseguiram fazer a triagem de células sanguíneas fetais para genes de anemia falciforme e talassemia (Cheung, Goldberg e Kan, 1996).

Terapia Fetal

As condições detectadas pela avaliação pré-natal podem ser corrigidas antes do nascimento de três maneiras: administração de medicamentos, transfusão de sangue e cirurgia. Os fetos podem engolir e absorver medicamentos, nutrientes, vitaminas e hormônios que são injetados no líquido amniótico, e as drogas que talvez não atravessem a placenta podem ser injetadas através do cordão umbilical. Transfusões de sangue através do cordão podem ser feitas já na oitava semana de gestação.

Em 1996, cirurgiões conseguiram realizar um transplante de medula espinal no útero para prevenir o desenvolvimento de um distúrbio raro geralmente fatal, a imunodeficiência combinada grave, em um feto identificado por amostragem das vilosidades coriônicas como sendo portador de um gene mutante para ela. O bebê nasceu saudável, com parto cesariano, e não apresentou sinais do distúrbio durante a primeira infância (Flake *et al.*, 1996). Procedimentos de transplante semelhantes podem ser eficazes no tratamento de outras doenças congênitas.

Assistência Pré-natal

A detecção de defeitos e doenças tratáveis é apenas um dos motivos para a importância da assistência pré-natal. A assistência pré-natal de alta qualidade é realizada desde cedo, incluindo serviços educacionais, sociais e nutricionais, pode ajudar a prevenir a morte da mãe e do bebê e outras complicações do parto. Ela pode proporcionar às mães em sua primeira gravidez informações sobre a gestação, o parto e o cuidado do bebê. Mulheres carentes que recebem assistência pré-natal beneficiam-se ao serem colocadas em contato com outros serviços sociais necessários e são mais propensas a obter assistência médica para os bebês após o nascimento (Shiono e Behrman, 1995).

Toda mulher grávida na Bélgica, Dinamarca, Alemanha, França, Irlanda, Holanda, Noruega, Espanha, Suíça, Grã-Bretanha e Israel tem direito à assistência pré e pós-

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Descrever sete técnicas para identificação de defeitos ou distúrbios em um embrião ou feto e discutir suas vantagens e desvantagens?
- ✓ Listar três formas de terapia fetal?

natal gratuita ou de baixo custo, e licença-maternidade remunerada no trabalho. Nos Estados Unidos, embora o pré-natal seja comum, não existem padrões nacionais uniformes e cobertura financeira garantida. O percentual de gestantes que iniciam o pré-natal durante o primeiro trimestre de gravidez e fazem o número recomendado de consultas ou mais tem crescido desde a década de 1980 (Kogan et al., 1998; Ventura et al., 1998). Mesmo assim, em 1996, quase uma a cada 25 não receberam nenhuma assistência, ou só a receberam no último trimestre (NCHS, 1998a; Ventura et al., 1998).

Mesmo com o aumento da utilização de assistência pré-natal, os percentuais de **baixo peso natal e nascimentos prematuros pioraram** (Kogan et al., 1998). Por quê? Uma resposta é que os benefícios do pré-natal não são uniformemente distribuídos. As mulheres com maior risco de dar à luz bebês de baixo peso natal - adolescentes, solteiras, mulheres com pouca instrução e algumas pertencentes a minorias - são as que recebem menos assistência pré-natal (Brown, 1985; Ingram, Makuc e Kleinman, 1986; NCHS, 1994a, 1998a; Singh, Forrest e Torres, 1989; USDHHS, 1996a; ver Figura 3-11). Além disso, os fatores ambientais e de estilo de vida que colocam os bebês dessas mulheres em maior risco podem não ser facilmente resolvidos pela assistência pré-natal sozinha (Misra e Guyer, 1998).

O simples aumento na quantidade de assistência pré-natal não toca na questão do *conteúdo* da assistência. (Misra e Guyer, 1998). A maioria dos programas de assistência pré-natal nos Estados Unidos concentra-se na triagem para as principais complicações e não visa a combater as causas do baixo peso natal. Um comitê nacional recomenda que assistência pré-natal seja reestruturada para oferecer mais visitas no início da gravidez e menos no trimestre final. Na verdade, a assistência deve iniciar *antes* da gravidez. O aconselhamento antes da gravidez poderia conscientizar mais mulheres, por exemplo, sobre a importância de incluir ácido fólico suficiente em sua dieta e assegurar-se de sua imunidade à rubéola. Além disso, é preciso tornar a assistência mais acessível a mulheres pobres e de minorias (Shiono e Behrman, 1995). Uma boa assistência pré-natal pode oferecer a todas as crianças a melhor chance possível de vir ao mundo em boas condições para enfrentar os desafios da vida fora do útero - desafios que discutiremos nos próximos três capítulos.

Pense sobre isso . . .

- Sugira maneiras de induzir mais gestantes a procurar assistência pré-natal desde cedo.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Dizer por que a assistência pré-natal de alta qualidade e realizada desde cedo é importante e como a assistência pré-natal nos Estados Unidos poderia ser aperfeiçoada?



Figura 3-11

Proporção de mães americanas com assistência pré-natal tardia ou ausente, segundo a raça ou etnia, em 1996. A assistência pré-natal tardia começa nos últimos três meses de gravidez.

(Fonte: Dados do NCHS, 1998a.)

Resumo

Concebendo uma Nova Vida

Indicador 1. Como a concepção normalmente ocorre?

- Enquanto não for possível **clonar** um ser humano, a formação de uma nova vida humana continuará precisando de **fecundação**, a união de um óvulo e de um espermatozóide. A fecundação resulta na formação de um **zigoto** unicelular, o qual se duplica por divisão celular.

Indicador 2. O que causa os nascimentos múltiplos?

- Irmãos gêmeos podem ocorrer ou pela fecundação de dois óvulos (ou de um óvulo que se dividiu) ou pela divisão de um óvulo fertilizado. Nascimentos múltiplos são resultado de algum desses processos ou de uma combinação dos dois.
- **Gêmeos dizigóticos (dois ovos)** (comumente chamados de *gêmeos fraternos*) possuem composições genéticas diferentes e podem ser de sexos opostos; **gêmeos monozigóticos (um ovo)** (comumente chamados de *gêmeos idênticos*) possuem a mesma composição genética. Em função das diferenças na experiência pré e pós-natal, gêmeos "idênticos" podem diferir em alguns aspectos, como, por exemplo, no **temperamento**.

Mecanismos da Hereditariedade

Indicador 3. Como a hereditariedade funciona na determinação do sexo e na transmissão de traços normais e anormais?

- A unidade básica da hereditariedade é o **gene**, que é feito de **ácido desoxirribonucléico (DNA)**. O DNA possui as instruções bioquímicas que regem as funções corporais e determinam as características herdadas. Cada gene parece estar localizado de acordo com sua função em uma posição definida em um **cromossomo**.
- Na concepção, cada ser humano normal recebe 23 cromossomos da mãe e 23 do pai. Eles formam 23 pares de cromossomos - 22 pares de **autossomos** e um par de **cromossomos sexuais**. Uma criança que recebe um cromossomo X de cada um dos pais será do sexo feminino. Se a criança recebe um cromossomo Y do pai, ela será do sexo masculino.
- Os padrões mais simples de transmissão genética são a **herança dominante** e a **herança recessiva**. Quando um par de **alelos** são iguais, a pessoa é **homozigótica** para o traço; quando eles são diferentes, a pessoa é **heterozigótica**.
- A maioria das características humanas normais são o resultado de efeitos de **lôcus de traços quantitativos (LTQ)** ou **transmissão multifatorial**. Exceto para gêmeos monozigóticos, cada criança herda um **genótipo** ou combinação de genes sem igual. A herança dominante e a transmissão multifatorial explicam por que o **fenótipo** de uma pessoa nem sempre expressa o genótipo subjacente.
- Defeitos e doenças congênitas geralmente são transmitidas através de herança dominante, recessiva ou **herança vinculada ao sexo**, ou ainda por **marcação do genoma (imprinting)**. Anomalias cromossômicas também podem causar defeitos congênitos; a **síndrome de Down** é a mais comum.
- Através do **aconselhamento genético**, futuros pais podem receber informações sobre as chances matemáticas de terem um filho com certos defeitos genéticos.

- Os **testes genéticos** para identificar pessoas com tendência para desenvolver certas doenças provavelmente tornar-se-ão mais comuns à medida que os cientistas concluírem a identificação e a localização de todos os genes humanos; entretanto, estes testes envolvem tanto riscos como benefícios.

Natureza e Experiência: Influências da Hereditariedade e do Ambiente

Indicador 4. Como os cientistas estudam as influências relativas de hereditariedade e ambiente, e como hereditariedade e ambiente operam juntos?

- A pesquisa em **genética comportamental** baseia-se na suposição de que, se a hereditariedade é uma influência importante sobre um traço, pessoas geneticamente mais próximas serão mais semelhantes naquele traço. Estudos de famílias, de adoção e de gêmeos permitem que os pesquisadores meçam a **herdabilidade** de traços específicos. Gêmeos monozigóticos tendem a ser mais **concordantes** para traços geneticamente influenciados do que gêmeos dizigóticos.
- Os conceitos de **faixa de reação**, **canalização**, **interação genótipo-ambiente**, **correlação genótipo-ambiente** (ou covariância genótipo-ambiente) e **escolha do nicho** descrevem aspectos em que a hereditariedade e o ambiente funcionam juntos.
- Irmãos tendem a ser mais diferentes do que parecidos em inteligência e personalidade. A hereditariedade explica a maioria das semelhanças; os **efeitos ambientais não-compartilhados** explicam a maioria das diferenças.

Indicador 5. Que papel a hereditariedade e o ambiente desempenham na saúde física, na inteligência e na personalidade?

- **Obesidade**, longevidade, inteligência, temperamento e timidez são exemplos de características influenciadas tanto pela hereditariedade como pelo ambiente. As influências relativas de hereditariedade e ambiente podem variar durante o ciclo vital.
- **Esquizofrenia**, **autismo**, alcoolismo e depressão são exemplos de psicopatologias influenciadas tanto pela hereditariedade como pelo ambiente.

Desenvolvimento Pré-natal

Indicador 6. Quais são as três etapas do desenvolvimento pré-natal e o que ocorre durante cada etapa?

- O desenvolvimento pré-natal é um processo geneticamente determinado que ocorre nas três etapas da gestação: a **fase germinativa**, a **fase embrionária** e a **fase fetal**.
- O crescimento e o desenvolvimento tanto antes quanto depois do nascimento segue o **princípio cefalocaudal** (da cabeça à cauda) e o **princípio próximo-distal** (do centro para fora).
- Cerca de um terço de todas as concepções terminam em **aborto espontâneo**, geralmente no primeiro trimestre de gravidez.

Indicador 7. O que os fetos são capazes de fazer?

- A atividade fetal pode ser observada por **ultra-som** e outros métodos. A medida que crescem, os fetos mexem-se menos, mas com mais vigor. A ingestão de líquido amniótico, o qual contém substâncias do corpo da mãe, estimula o paladar e o olfato. Os fetos parecem ser capazes de ouvir, efetuar discriminação sensorial, aprender e lembrar.

Indicador 8. Que influências ambientais podem afetar o desenvolvimento pré-natal?

- O organismo em desenvolvimento pode ser muito afetado por seu ambiente pré-natal. Alguns fatores ambientais são teratogênicos; a probabilidade de defeitos congênitos pode depender da época de ocorrência e da intensidade de um evento ambiental e de sua interação com fatores genéticos.
- Importantes influências ambientais envolvendo a mãe incluem nutrição, atividade física, fumo, álcool (que pode causar a **síndrome alcoólica fetal [SAF]**), outras doenças ou infecções maternas, idade materna, incompatibilidade de tipos sanguíneos e ameaças ambientais externas, como substâncias químicas e radiação. Influências externas também podem afetar o esperma do pai.

Indicador 9. Que técnicas podem avaliar a saúde e o bem-estar de um feto, e qual a importância do pré-natal?

- Ultra-som, **amniocentese**, **amostragem das vilosidades coriônicas**, **embrioscopia**, **diagnóstico genético de pré-implantação**, **amostragem do cordão umbilical** e **exames do sangue materno** são utilizados para saber se um bebê está se desenvolvendo normalmente no útero. Algumas condições anormais podem ser corrigidas através de terapia fetal.
- Uma assistência pré-natal de alta qualidade e realizada desde cedo é essencial para um desenvolvimento saudável. Ela pode levar à detecção de defeitos e distúrbios e, especialmente quando iniciada cedo e voltada para as necessidades de mulheres em risco, pode ajudar a evitar a morte da mãe e do bebê, baixo peso natal e outras complicações de parto.

Palavras-Chave

clonar (103)
fecundação (103)
zigoto (103)
gêmeos dizigóticos (dois ovos) (104)
gêmeos monozigóticos (um ovo) (104)
temperamento (104)
gene (105)
ácido desoxirribonucléico (DNA) (105)
cromossomo (105)
autossomos (106)
cromossomos sexuais (106)
alelos (107)
homozigótico (107)
heterozigótico (107)
herança dominante (107)
herança recessiva (107)
lócus de traços quantitativos (LTQ) (107)
transmissão multifatorial (107)
fenótipo (107)

genótipo (107)
herança vinculada ao sexo (111)
síndrome de Down (113)
marcação do genoma (*imprinting*) (114)
aconselhamento genético (115)
testes genéticos (116)
genética comportamental (116)
herdabilidade (116)
concordante (118)
faixa de reação (119)
canalização (119)
interação genótipo-ambiente (120)
correlação genótipo-ambiente (120)
escolha do nicho (120)
efeitos ambientais não-compartilhados (121)
obesidade (122)
esquizofrenia (123)
autismo (123)
princípio cefalocaudal (124)

princípio próximo-distal (124)
fase germinativa (126)
fase embrionária (127)
aborto espontâneo (128)
fase fetal (128)
ultra-som (128)
teratogênico (129)
síndrome alcoólica fetal (SAF) (131)
síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (134)
amniocentese (137)
amostragem das vilosidades coriônicas (AVC) (137)
embrioscopia (137)
diagnóstico de pré-implantação genética (138)
amostragem do cordão umbilical (138)
exame do sangue materno (138)

Capítulo 4

Desenvolvimento Físico nos Três Primeiros Anos





s experiências dos três primeiros anos de vida estão quase que totalmente perdidas para nós e, quando tentamos entrar no pequeno mundo de uma criança, chegamos como estrangeiros que se esqueceram da paisagem e não falam mais a língua nativa.

Selma Fraiberg, The Magic Years, 1959



Elvis Presley

Foco:

O Nascimento de Elvis Presley*

Elvis Presley (1935-1977) nasceu em um casebre de 15x9 metros em EastTupelo, Mississippi. Hoje, o modesto local de nascimento do agora legendário "rei" do rock está pintado de um branco reluzente, e as paredes são forradas de papel floreado, com cortinas delicadas nas janelas - entre os muitos toques de aconchego acrescentados em proveito dos turistas. Mas, como muitos dos mitos populares sobre a vida de Elvis Presley, essa "graciosa casinha de boneca" (Goldman, 1981, p. 60) tem pouca semelhança com a realidade: um barracão feito de tábuas nuas, sem instalação elétrica ou hidráulica, situado em um povoado paupérrimo que não passava de uma "mancha larga na estrada" (Clayton e Heard, 1994, p. 8).

Durante a Grande Depressão, o quase analfabeto pai de Elvis, Vernon Elvis Presley, às vezes, fazia biscoitos para um fazendeiro chamado Orville Bean, que era dono de quase tudo na cidade. A mãe de Elvis, Gladys, era vivaz e espirituosa, tão loquaz quanto Vernon era taciturno. Como o marido, ela provinha de uma família de meeiros e trabalhadores migrantes. Mudara-se para EastTupelo para morar perto da fábrica de roupas onde trabalhava.

Gladys viu o elegante Vernon pela primeira vez na rua e pouco tempo depois o conheceu na igreja. Casaram-se em 17 de junho de 1933. Vernon tinha 17 anos e Gladys 21. Pediram dinheiro emprestado para pagar os três dólares da certidão.

Inicialmente o jovem casal vivia com os amigos e com a família. Quando Gladys engravidou, Vernon pediu 180 dólares emprestados ao patrão, Bean, para comprar madeira e pregos e, com a ajuda do pai e do irmão mais velho, construiu um chalé de dois aposentos junto à casa dos pais em Old Satillo Road. Bean, o proprietário do terreno, seria o dono da casa até que o empréstimo fosse liquidado.

Vernon e Gladys mudaram-se para sua nova morada em dezembro de 1934, mais ou menos um mês antes de ela dar à luz. A gravidez foi difícil; com as pernas inchadas, ela teve que abandonar seu emprego na fábrica de roupas, onde tinha que ficar de pé o dia inteiro empunhando um pesado ferro a vapor.

Quando bem cedo na manhã gélida de 8 de janeiro Vernon levantou-se para trabalhar, Gladys estava com hemorragia. A parteira disse para Vernon chamar o médico, Will Hunt. (Os 15 dólares dos honorários dele foram pagos pela previdência.) Em torno das 4 horas da manhã, veio à luz Jesse Garon, um bebê do sexo masculino, natimorto. O segundo gêmeo, Elvis Aron, nasceu mais ou menos 35 minutos depois. Gladys - extremamente fraca e perdendo sangue - foi levada à ala de caridade do hospital com o bebê Elvis, onde permaneceram por mais de três semanas.

* As fontes de informação sobre o nascimento de Elvis Presley foram Clayton & Heard (1994); Dundy (1985); Goldman (1981); Guralnick (1994); e Marling (1996).

S U M Á R I O

Foco: O Nascimento de Elvis Presley

O Processo de Nascimento

Etapas do Nascimento
Métodos de Parto
Ambientes e Acompanhantes para o Nascimento

O Recém-nascido

Tamanho e Aparência
Sistemas Corporais
Estados de Vigília: Os Ciclos Corporais

Sobrevivência e Saúde

Avaliação Médica e Comportamental
Complicações do Parto
Os Efeitos de Complicações no Nascimento Podem Ser Superados com um Ambiente Favorável?
Morte Durante a Primeira Infância
Imunização para Melhor Saúde

Desenvolvimento Físico

Inicial

Princípios de Desenvolvimento
Crescimento Fisiológico
Nutrição e Necessidades de Sono
O Cérebro e o Comportamento Reflexo
Capacidades Sensoriais Iniciais
Desenvolvimento Motor

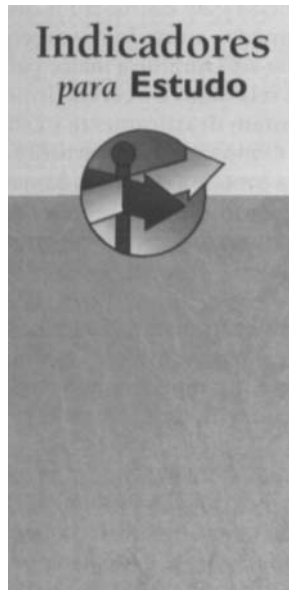
O bebê Jesse continuou sendo uma parte importante da vida familiar. Gladys costumava conversar com Elvis sobre o irmão. "Quando um dos gêmeos morre, o que sobrevive possui a força dos dois", ela dizia (Guralnick, 1994, p. 13). Elvis levava muito a sério as palavras da mãe. Durante toda sua vida, a voz e a presença imaginárias do irmão gêmeo sempre o acompanharam.

Quanto ao local de nascimento de Elvis, ele viveu ali apenas até os 3 anos. Vernon, que vendia um porco para Bean por quatro dólares, foi acusado de alterar o cheque para quarenta dólares. Foi preso, e, quando a data para pagamento pela dívida da casa venceu, Bean expulsou Gladys e o filho, que tiveram que se mudar para a casa de familiares. Anos depois, Elvis costumava voltar a East Tupelo (hoje chamado de Presley Heights, nos arredores de Tupelo). Ficava sentado no carro no escuro, observando o casebre na hoje denominada Estrada Elvis Presley, "pensando sobre o rumo que sua vida havia seguido" (Marling, 1996, p. 20).

 Elvis Presley é apenas uma das muitas pessoas conhecidas - inclusive quase todos os presidentes dos Estados Unidos - que nasceram em casa. No passado, a assistência médica durante a gravidez era rara, e a maioria dos nascimentos eram assistidos por parteiras. Complicações no parto e bebês natimortos eram comuns, e muitas mulheres morriam durante o parto. O aumento do padrão de vida e os avanços da medicina facilitaram o parto e reduziram seus riscos. Hoje, a grande maioria dos nascimentos nos Estados Unidos ocorre em hospitais. Entretanto, existe um pequeno, mas crescente, movimento de retorno ao nascimento em casa, como ainda é o costume em muitos países menos desenvolvidos.

Neste capítulo, descreveremos como bebês vêm ao mundo, que aparência eles têm e como funcionam seus sistemas corporais. Discutimos modos de proteger sua vida e sua saúde. Veremos como os bebês, que passam a maior parte do tempo dormindo e comendo, transformam-se em crianças ocupadas e ativas, e como pais e outros responsáveis podem promover um crescimento e um desenvolvimento saudáveis. Veremos como a percepção sensorial acompanha as habilidades motoras e ajuda a moldar o desenvolvimento incrivelmente rápido do cérebro.

Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. O que acontece durante cada uma das quatro etapas do nascimento?
2. Que métodos e ambientes alternativos para o parto estão disponíveis atualmente?
3. Como os recém-nascidos adaptam-se à vida fora do útero?
4. Como podemos saber se um novo bebê é saudável e está se desenvolvendo normalmente?
5. Que complicações do parto podem pôr em perigo o ajustamento dos recém-nascidos ou até suas vidas?
6. Como podemos melhorar as chances de sobrevivência e a saúde dos bebês?
7. O que influencia o crescimento do corpo e do cérebro?
8. Como os sentidos desenvolvem-se durante a primeira infância?
9. Quais são alguns dos primeiros marcos do desenvolvimento motor e quais são algumas influências sobre ele?

O Processo de Nascimento

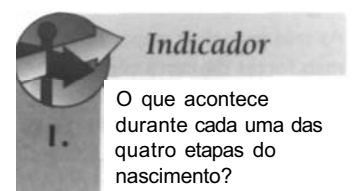
Durante séculos, o nascimento na Europa e, mais tarde, nos Estados Unidos seguiu um padrão familiar, muito parecido com o de alguns países em desenvolvimento de hoje. O nascimento era um ritual social feminino; o futuro pai não participava dele. A mulher, cercada de parentes e vizinhos do sexo feminino, ficava sentada na própria cama, coberta apenas com um lençol. A parteira que presidia o evento oferecia "aconselhamento, massagens, poções, irrigações e talismãs", mas "os gritos da mãe durante o parto eram considerados tão naturais quanto os do bebê que estava nascendo" (Fontanel e d'Harcourt, 1997, p. 28).

O desenvolvimento da ciência da obstetrícia no início do século XIX profissionalizou o nascimento para mães urbanas de classe média e alta. As maternidades hospitalares tornaram-se o ambiente de nascimento preferencial para quem podia pagar (mas não para muitas mulheres do interior, como Gladys Presley). Um médico estava presente, com instrumentos cirúrgicos em prontidão caso houvesse problemas.

Mesmo assim, o nascimento era "uma luta contra a morte" (Fontanel e d'Harcourt, 1997, p. 34) tanto para a mãe quanto para o bebê. Ao final do século XIX, na Inglaterra e no país de Gales, uma gestante tinha quase 50 vezes mais chances de morrer durante o parto do que as gestantes de hoje têm. (Saunders, 1997). Uma gestante em 1950 nos Estados Unidos tinha acima de três vezes mais chances de perder seu bebê do que em 1993, seja antes do nascimento, seja um ano depois dele (USDHHS, 1996a). As altas reduções nos riscos que cercam a gravidez e o nascimento, especialmente durante os últimos 50 anos, devem-se principalmente a disponibilidade de antibióticos, transfusões de sangue, anestesia segura, aperfeiçoamento da higiene e medicamentos para induzir o parto quando necessário. Além disso, progressos na avaliação e na assistência pré-natais garantem muito mais a saúde do bebê.

Etapas do Nascimento

As contrações uterinas que expulsam o feto - tipicamente 266 dias após a concepção - começam com suaves contrações do útero. É possível que a gestante tenha sentido contrações semelhantes durante os últimos meses de gravidez, mas o reconhecimento de que essas contrações são "para valer" baseia-se em sua regularidade e intensidade.



parturição

Processo de mudanças uterinas, cervicais e de outros tipos que precede o nascimento e que geralmente dura em torno de duas semanas.

A **parturição** - o processo de mudanças uterinas, cervicais e de outros tipos que ocasionam o parto - normalmente se inicia cerca de duas semanas antes do nascimento, quando o equilíbrio entre progesterona e estrogênio inverte-se. Durante a maior parte da gestação, a progesterona mantém os músculos uterinos relaxados e a cervix firme. Durante a parturição, as concentrações de estrogênio aumentam drasticamente e estimulam o útero a se contrair e a cervix a ficar mais flexível. O momento de parturição parece determinado pela taxa em que a placenta produz uma proteína chamada *hormônio liberador de corticotropina* (HLC), que também promove a maturação dos pulmões do feto para prepará-los para a vida fora do útero. A taxa de produção do HLC já no quinto mês de gravidez pode prever se um bebê irá nascer precoce, "pontual" ou tardiamente (Smith, 1999).

O parto vaginal normal ocorre em quatro etapas que se superpõem (ver Figura 4-1). A *primeira etapa*, a mais longa, normalmente dura 12 ou mais horas para uma mulher que está tendo seu primeiro filho. Em nascimentos posteriores, a primeira etapa tende a ser mais curta. Durante essa etapa, contrações uterinas regulares e cada vez mais frequentes fazem a cervix se dilatar ou alargar.

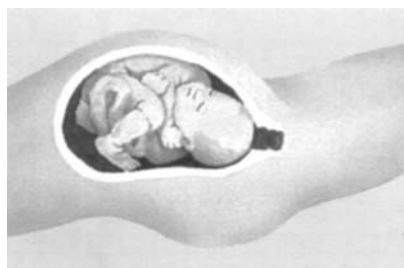
A *segunda etapa* normalmente dura aproximadamente uma hora e meia. Ela se inicia quando a cabeça do bebê começa a se deslocar pela cervix em direção ao canal vaginal e termina quando o bebê está totalmente fora do corpo da mãe. Quando essa etapa dura mais de duas horas, indicando que o bebê precisa de mais ajuda, o médico pode agarrar a cabeça do bebê com o fórceps ou, o que é mais comum, utilizar extração a vácuo com uma ventosa de aspiração para extrair o bebê do corpo da mãe (Curtin e Park, 1999). Ao final dessa etapa, o bebê nasceu, mas ele ainda está ligado à placenta no corpo da mãe pelo cordão umbilical, que deve ser cortado e fechado.

Durante a *terceira etapa*, que dura cerca de 5 a 30 minutos, a placenta e o resto do cordão umbilical são expelidos da mãe. As duas horas após o parto constituem a *quarta etapa*, quando a mãe repousa no leito enquanto sua recuperação é monitorada.

O **monitoramento eletrônico fetal** foi utilizado em 83% dos nascimentos vivos nos Estados Unidos em 1996 para acompanhar os batimentos cardíacos do feto durante todo o parto (Ventura et al., 1998). O procedimento visa a detectar falta de oxigênio, a qual pode causar dano cerebral. Ele pode fornecer informações valiosas em partos de alto risco, incluindo aqueles em que o feto ou é muito pequeno, ou parece estar sofrendo. Porém, o monitoramento tem desvantagens quando usado rotineiramente em gestações de pouco risco. Ele é oneroso; restringe os movimentos da mãe durante os trabalhos de parto; e, mais importante, apresenta uma taxa extremamente alta de "falso positivo", sugerindo que os fetos estão em apuros quando, na verdade, eles não estão. Essas advertências podem incitar os médicos a fazer o parto pelo método cesariano, que é mais arriscado (descrito na próxima seção) em vez de por via vaginal (Nelson, Dambrosia, Ting e Grether, 1996).

monitoramento eletrônico fetal

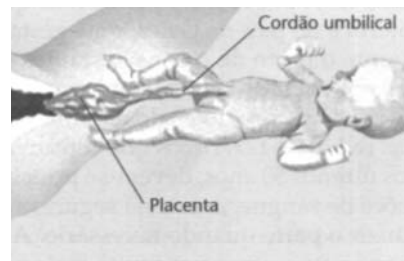
Monitoramento mecânico dos batimentos cardíacos do feto durante o processo de parto.



(a) Primeira etapa



(b) Segunda etapa



(c) Terceira etapa

Figura 4-1

As três primeiras etapas do nascimento de um bebê. (a) Durante a primeira etapa dos trabalhos de parto, uma série de contrações cada vez mais fortes dilatam a cervix, a abertura do útero da mãe. (b) Durante a segunda etapa, a cabeça do bebê desloca-se pelo canal uterino e sai pela vagina. (c) Durante a breve terceira etapa, a placenta e o cordão umbilical são expelidos do útero. O cordão umbilical é, então, cortado. Durante a quarta etapa, de recuperação do parto (não-apresentada), o útero da mãe contrai-se.

(Fonte: Adaptado de Lagercrantz e Slotkin, 1986).

Métodos de Parto

A principal preocupação ao escolher um método de parto para um bebê é a segurança tanto da mãe quanto do bebê. Em segundo lugar está o conforto da mãe.

Parto Vaginal *Versus* Cesariano

O método normal de nascimento, descrito anteriormente, é o parto vaginal. O **parto cesariano** é um procedimento cirúrgico para retirar o bebê do útero através de uma incisão no abdome. Em 1997, 20,8% dos nascimentos nos Estados Unidos ocorreram dessa forma, comparados com apenas 5,5% em 1970 (CDC, 1993; Curtin e Park, 1999). A operação, na maior parte das vezes, é realizada quando os trabalhos de parto evoluem muito lentamente, quando o feto parece estar em apuros ou quando a mãe está com sangramento vaginal. Muitas vezes, é preciso realizar uma cirurgia cesariana quando o bebê está em posição invertida (a cabeça por último) ou transversal (atravessado no útero) ou quando a cabeça é muito grande para passar pela pélvis materna. Os partos por cirurgia são mais comuns ou quando se trata de um primeiro bebê ou de um bebê grande ou quando a mãe é mais velha. Assim, o aumento nas taxas de cesarianos desde 1970 é, em parte, reflexo de um aumento desproporcional nos primeiros nascimentos, um aumento no peso natal médio e a tendência de gravidez em idade mais avançada (Parrish, Holt, Easterling, Connell e LoGerfo, 1994). Outras explicações incluem utilização mais freqüente de monitoramento fetal eletrônico, temor dos médicos de ações judiciais por negligência e desejo de evitar um parto difícil (Sachs, Kobelin, Castro e Frigoletto, 1999).

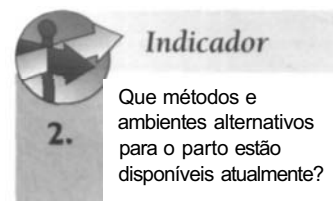
As taxas de natalidade cesariana nos Estados Unidos estão entre as mais altas do mundo, mas o aumento das taxas nos países europeus durante a última década diminuíram a diferença (Notzon, 1990; Sachs et al., 1999). Enquanto isso, a taxa norte-americana de nascimentos cesarianos diminuiu em 9% durante os anos de 1990, e o percentual de nascimentos vaginais após uma cesariana anterior aumentou em cerca de 50% (de 18,9 em 1989 para 27,4 em 1997), refletindo a disseminação da idéia de que o procedimento é desnecessário ou prejudicial em muitos casos (Curtin e Park, 1999). Cerca de 4% das cesarianas resultam em complicações graves, como hemorragia e infecções (Nelson, Dambrosia, Ting e Grether, 1996). Para o bebê, pode haver um risco importante ao privá-lo da experiência do parto, a qual aparentemente estimula a produção de hormônios de estresse que podem auxiliar na adaptação à vida fora do útero (Lagercrantz e Slotkin, 1986).

Ainda assim, alguns médicos alegam que os esforços para reduzir ainda mais os partos cesarianos - através da maior utilização de partos vaginais operativos (uso de fórceps ou aspiração) e do incentivo ao parto vaginal em mulheres que anteriormente tiveram partos cesarianos - podem ser errôneos. Embora esses procedimentos sejam bastante seguros, eles têm seus riscos, os quais devem ser pesados contra os riscos do parto cesariano (Sachs et al., 1999). O maior risco é para mulheres cujo trabalho de parto não tem êxito e por isso, precisam ser submetidas a uma cesariana (McMahon, Luther, Bowes e Olshan, 1996). As chances de hemorragia cerebral, por exemplo, são mais altas em um parto vaginal operativo ou em uma cesariana realizada depois que os trabalhos de parto se iniciaram do que no parto vaginal normal ou em uma cesariana feita antes dos trabalhos de parto, sugerindo que o risco provém dos trabalhos de parto anormais (Towner, Castro, Eby-Wilkens e Gilbert, 1999).

Parto Medicado *Versus* Não-Medicado

Em meados do século XIX, a rainha Vitória da Inglaterra tornou-se a primeira mulher na história a ser sedada durante o parto, que era de seu oitavo filho. A anestesia tornou-se prática padrão à medida que mais nascimentos ocorriam em hospitais.

A anestesia geral, que deixa a mãe totalmente inconsciente, raramente é utilizada nos dias de hoje, mesmo em partos cesarianos. A anestesia local é aplicada se a mãe quer e precisa dela, mas ela pode ver o processo de nascimento e dele participar, estando em condições de abraçar o recém-nascido logo depois. A anestesia local bloqueia as rotas nervosas que transmitiriam a sensação de dor ao cérebro, ou a mãe po-



parto cesariano

Nascimento de um bebê por sua remoção cirúrgica do útero.

Em aulas do método Lamaze para gestantes, as mães praticam exercícios musculares e de respiração para facilitar o parto; os pais aprendem a ajudar durante o processo de parto.



parto natural

Método de parto desenvolvido pelo Dr. Grantly Dick-Read que procura prevenir a dor eliminando o medo que a mãe tem do parto através de educação sobre a fisiologia da reprodução e sobre o treinamento em métodos de respiração e relaxamento durante o parto.

parto preparado

Método de parto desenvolvido pelo Dr. Ferdinand Lamaze, que usa instrução, exercícios de respiração e apoio social para induzir respostas físicas controlando as contrações uterinas, reduzindo o medo e a dor.

de receber um analgésico relaxante. Todas essas drogas atravessam a placenta e entram na irrigação sangüínea e nos tecidos do feto; portanto, podem oferecer riscos ao bebê.

Métodos alternativos de parto foram desenvolvidos para minimizar o uso de medicamentos e maximizar a participação ativa de ambos os pais. Em 1914, um médico britânico, o Dr. Grantly Dick-Read, sugeriu que a dor no parto era causada sobretudo pelo medo. Para eliminar o medo, ele defendia o **parto natural**: educar as mulheres sobre a fisiologia de reprodução e treiná-las em forma física e respiração e relaxamento durante o processo de parto. Em meados do século XX, o Dr. Fernand Lamaze utilizava o método de **parto preparado**. Essa técnica substituiu as anteriores respostas de medo e dor por respostas físicas voluntárias ou aprendidas às sensações das contrações uterinas.

No método Lamaze, a mulher aprende sobre a anatomia e a fisiologia envolvidas no nascimento. Ela é treinada a arfar ou respirar rapidamente em sincronismo com as contrações e a se concentrar em outras sensações. Aprende a relaxar os músculos como uma resposta condicionada à voz do "treinador" (geralmente o pai ou um amigo), que assiste às aulas com ela, participa do parto e ajuda nos exercícios.

Os defensores dos métodos naturais alegam que o uso de drogas oferece riscos aos bebês e priva as mães do que pode ser uma experiência engrandecedora e transformadora. Em alguns estudos iniciais, os bebês pareciam apresentar efeitos maléficose imediatos da medicação obstétrica em respostas motoras e fisiológicas mais fracas (Murray, Dolby, Nation e Thomas, 1981) e, durante o primeiro ano, em um desenvolvimento motor mais lento (Brackbill e Broman, 1979). Entretanto, pesquisas posteriores sugerem que o parto medicado pode *não* causar danos detectáveis. Quando bebês nascidos de mães medicadas e não-medicadas foram comparados quanto à força, sensibilidade tátil, atividade, irritabilidade e aos padrões de sono, nenhuma evidência de qualquer efeito das drogas foi encontrada (Kraemer, Korner, Anders, Jacklin e Dimiceli, 1985).

Os aperfeiçoamentos no parto medicado durante os últimos 20 anos levaram um número cada vez maior de mulheres a optar pelo alívio da dor. Injeções na espinha ou epidurais são cada vez mais comuns à medida que se encontram modos mais eficazes de aliviar a dor com menores doses de medicação (Hawkins, 1999). As novas epidurais não bloqueiam as sensações da mulher, permitindo que ela mova as pernas e participe plenamente do nascimento. Em uma recente análise de 10 estudos envolvendo 2.369 nascimentos na Europa, nos Estados Unidos e no Canadá, as mulheres que recebiam injeções (epidurais) regionais desfrutavam maior alívio da dor - mas o trabalho de parto era mais longo - do que aquelas que recebiam in-

jeções de narcóticos, e seus bebês tendiam a nascer em condição mais saudável. Não havia diferença significativa na taxa de partos cesarianos (Halpern, Leighton, Ohlsson, Barrett e Rice, 1998).

Ambientes e Acompanhantes para o Nascimento

Os ambientes e os acompanhantes para o nascimento tendem a refletir o sistema cultural geral. Nas culturas em desenvolvimento, o nascimento é visto como um componente normal da vida familiar, mas existem variações culturais. Uma mulher maia em Iucatan dá à luz na rede em que dorme todas as noites; espera-se que o pai esteja presente, juntamente com a parteira. Para evitar os maus espíritos, a mãe e a criança permanecem em casa por uma semana (Jordan, 1993). Em contraste, entre os Ngoni no leste da África, os homens são excluídos do evento. Na zona rural da Tailândia, uma nova mãe geralmente retoma suas atividades normais poucas horas depois do parto (Broude, 1995; Gardiner, Mutter e Kosmitzki, 1998).

Nos Estados Unidos, cerca de 99% dos bebês nascem em hospitais; 92% dos nascimentos são realizados por médicos e 7% por parteiras (Curtin e Park, 1999). A maioria das parteiras são enfermeiras formadas com treinamento especial em obstetria; algumas fazem treinamento com estágio. Uma parteira pode ou não trabalhar sob a supervisão de um médico.

As mulheres que utilizam enfermeiras parteiras em lugar de médicos para partos hospitalares de pouco risco tendem a obter resultados igualmente bons com menos anestesia. Elas são menos propensas a necessitar de episiotomia (incisão para alargar a abertura vaginal antes do nascimento), indução do parto ou a acabar fazendo partos cesarianos (Rosenblatt et al., 1997). Evidentemente, esses resultados podem não se dever a algo que as parteiras fizeram ou deixaram de fazer; em vez disso, as mulheres que escolhem parteiras podem ser mais propensas a se cuidar durante a gravidez, aumentando suas chances de um parto normal.

A medida que aumenta a segurança nos partos, algumas mulheres estão optando pela experiência mais íntima e pessoal do parto em casa, o qual pode envolver toda a família. O nascimento em casa geralmente é assistido por uma enfermeira parteira formada, com os recursos da medicina à mão. Estudos sugerem que os nascimentos

Pense sobre isso . . .

- Se você ou sua parceira estivesse esperando um bebê e a gravidez parecesse estar evoluindo sem problemas, você preferiria (a) um parto medicado ou não-medicado; (b) nascimento em hospital, maternidade independente ou em casa; (c) parto realizado por um médico ou por uma parteira? Justifique sua resposta. Se você é do sexo masculino, você iria querer estar presente no parto? Se você é do sexo feminino, iria querer que seu parceiro estivesse presente?



Em Princeton, Nova Jersey, uma mulher dá à luz em uma pequena casa em um bairro semi-residencial. Seu marido e sua mãe lhe dão apoio moral enquanto a parteira verifica os batimentos cardíacos do feto. Ambientes informais para o nascimento estão aumentando de popularidade para mulheres com bom histórico de saúde e gestações normais sem complicações. Entretanto, é fundamental contratar um serviço de ambulância e um hospital local para uma emergência.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever as quatro etapas do parto vaginal?
- ✓ Discutir os usos e desvantagens dos partos cesarianos e do monitoramento fetal eletrônico?
- ✓ Comparar o parto medicado, o parto natural e o parto preparado?
- ✓ Pesquisar as vantagens comparativas dos diversos tipos de ambientes e acompanhantes para o nascimento?

em casa podem ser tão seguros quanto os nascimentos em hospitais em partos de pouco risco realizados por profissionais qualificados (Durand, 1992; Korte e Scaer, 1984).

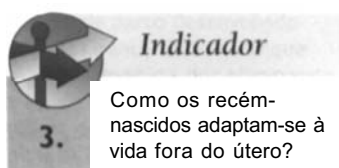
Nos últimos anos, muitos hospitais têm procurado humanizar os partos, instituindo maternidades semelhantes a lares, onde os trabalhos de parto e o parto podem ocorrer sob luzes mais suaves e onde o pai ou outra companhia permanece com a mãe. Muitos hospitais também possuem sistemas que permitem que os bebês fiquem no quarto da mãe todo ou quase todo o tempo.

As maternidades autônomas geralmente oferecem assistência pré-natal, e seus funcionários são principalmente enfermeiras parteiras, com um ou mais médicos e auxiliares de enfermagem. Elas são projetadas para nascimentos de pouco risco com alta no mesmo dia e parecem ser uma alternativa segura para o parto hospitalar nessas circunstâncias (Guyer, Strobino, Ventura, Singh, 1995).

Em muitas culturas tradicionais, as gestantes são auxiliadas por uma *doula*, uma mãe experiente que pode oferecer apoio emocional e, diferentemente de um médico ou de uma parteira, pode permanecer na cabeceira da cama da mulher durante os trabalhos de parto. Embora elas acompanhem apenas 1% dos nascimentos nos Estados Unidos, estão adquirindo maior aceitação (Gilbert, 1998).

Em 11 estudos randomizados controlados, as mulheres acompanhadas por doulas tinham trabalho de parto mais curto, menos anestesia e menos partos com fórceps e cesarianos do que as mães que não as tinham. Os benefícios da presença do pai durante o parto não eram tão grandes. Em um desses estudos, seis semanas depois de dar à luz, as mães que tinham tido doulas tinham mais chances de estar amamentando e relatavam maior auto-estima, menos depressão e uma visão mais positiva de seus bebês e de suas próprias capacidades de cuidado (Klaus e Kennell, 1997). É possível que, tendo tido partos mais fáceis, as mulheres acompanhadas por elas tenham recuperado-se mais rapidamente e sentiam-se mais capazes de lidar com a maternidade; ou o apoio emocional oferecido por tais companhias pode ter servido como um modelo para elas. Essas descobertas nos lembram que fatores sociais e psicológicos podem ter profundos efeitos até mesmo em um processo biológico como o nascimento de uma criança.

O Recém-nascido



período neonatal

Primeiras 4 semanas de vida. É o período de transição da dependência intra-uterina para uma existência independente.

neonato

Bebê recém-nascido, com até 4 semanas de vida.

As primeiras quatro semanas de vida, o **período neonatal**, representa a transição da vida no útero, onde o feto é totalmente sustentado pela mãe, para uma existência independente. Quais são as características físicas dos recém-nascidos e como eles estão equipados para essa transição crucial?

Tamanho e Aparência

Um **neonato** ou recém-nascido nos Estados Unidos tem em média cerca de 50 cm de comprimento e pesa aproximadamente 3,4 Kg. Ao nascer, 95% de bebês de termo completo pesam entre 2,5 e 4,5 kg e têm entre 45 e 55 cm de comprimento. Os meninos tendem a ser ligeiramente mais compridos e pesados do que as meninas, e o primogênito tende a pesar menos ao nascer do que os filhos posteriores.

Em seus primeiros dias, os neonatos perdem até 10% de seu peso, basicamente por causa da perda de líquidos. Eles começam a ganhar peso novamente em torno do quinto dia e geralmente entre o décimo e o décimo quarto dias já recuperaram o peso que tinham ao nascer.

Os recém-nascidos possuem características distintivas, incluindo sua grande cabeça (um quarto do comprimento do corpo) e o queixo pouco proeminente (o que facilita a amamentação). Inicialmente a cabeça do neonato pode ser comprida e deformada por causa do "amoldamento" que facilitou sua passagem pela pélvis materna. Esse amoldamento temporário foi possível porque os ossos cranianos do bebê ainda não se

fundiram; eles levarão 18 meses para estar completamente unidos. Os lugares na cabeça onde os ossos ainda não se uniram - os pontos macios ou **fontanelas** - são cobertos por uma membrana rígida. Como a cartilagem do nariz do bebê também é maleável, a passagem pelo canal de parturição pode fazer com que o nariz pareça achatado por alguns dias.

Muitos recém-nascidos têm um tom rosado porque sua pele é tão delgada, que mal esconde os capilares por onde o sangue circula. Durante os primeiros dias, alguns neonatos são muito peludos porque a **lanugem**, penugem pré-natal aveludada, ainda não caiu. Todos os bebês novos são cobertos de **vernix caseosa** ("verniz caseoso"), proteção gordurosa contra infecções que seca em alguns dias.

Sistemas Corporais

Antes do nascimento, a circulação do sangue, a respiração, a alimentação, a eliminação de resíduos e a regulação da temperatura eram realizadas através do corpo da mãe. Depois do nascimento, os bebês precisam fazer tudo isso sozinhos.

O feto e a mãe possuem sistemas circulatórios e batimentos cardíacos separados; o sangue do feto é purificado através do cordão umbilical, o qual leva o sangue "usado" para a placenta e retorna com um novo suprimento. Após o nascimento, o sistema circulatório do bebê precisa funcionar sozinho. Os batimentos cardíacos do neonato são rápidos e irregulares, e a pressão arterial não se estabiliza antes do décimo dia de vida.

O feto obtém oxigênio pelo cordão umbilical, o qual também leva embora o dióxido de carbono. O recém-nascido precisa de muito mais oxigênio do que antes e agora precisa obtê-lo sozinho. A maioria dos bebês começa a respirar assim que entra em contato com o ar. Caso a respiração não comece em até cerca de cinco minutos, o bebê pode sofrer dano cerebral permanente em função da **anoxia**, isto é, falta de oxigênio. Como seus pulmões têm apenas um décimo do número de cavidades aéreas dos adultos, os bebês (principalmente os prematuros) são suscetíveis a problemas respiratórios.

No útero, o feto depende do cordão umbilical para receber alimento da mãe e eliminar seus resíduos corporais. Ao nascerem, os bebês têm forte reflexo de sucção para ingerir o leite, e suas próprias secreções gastrointestinais para digeri-lo. Durante os primeiros dias, os bebês excretam o **mecônio**, fezes pegajosas verde-escuras que se formam no trato intestinal do feto. Quando os intestinos e a bexiga estão cheios, os músculos dos esfíncteres abrem-se automaticamente; o bebê levará muitos meses para aprender a controlar esses músculos.

Três ou quatro dias após o nascimento, cerca da metade de todos os bebês (e uma maior proporção dos bebês nascidos prematuramente) desenvolvem **icterícia neonatal**: sua pele e seus globos oculares ficam amarelados. Esse tipo de icterícia é causado pela imaturidade do fígado. Geralmente ela não é grave, não necessita tratamento e não tem efeitos a longo prazo. A icterícia mais grave é tratada colocando-se o bebê sob luzes fluorescentes e, às vezes, por transfusão de sangue. A icterícia que não é monitorada e tratada imediatamente pode causar dano cerebral (Gartner, 1994).

As camadas de gordura que se desenvolvem durante os dois últimos meses da vida fetal permitem que os bebês de termo saudáveis mantenham sua temperatura corporal constante após o nascimento a despeito de mudanças na temperatura ambiente. Os recém-nascidos também mantêm a temperatura corporal aumentando sua atividade quando há uma queda de temperatura.



A cabeça deste menino de um dia está temporariamente alongada por sua passagem pelo canal uterino. Esse "amoldamento" da cabeça durante o nascimento ocorre porque os ossos do crânio ainda não se uniram.

fontanelas

Regiões macias na cabeça de um recém-nascido.

lanugem

Penugem corporal pré-natal aveludada, a qual se desprende poucos dias depois do nascimento.

vernix caseosa

Substância gordurosa sobre a pele de um neonato que o protege contra infecções.

anoxia

Falta de oxigênio, o que pode causar dano cerebral.

mecônio

Fezes do feto, excretadas durante os primeiros dias depois do nascimento.

icterícia neonatal

Condição, de muitos neonatos, causada por imaturidade do fígado e evidenciada pela aparência amarelada; pode causar danos cerebrais se não for tratada imediatamente.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever o tamanho e a aparência normal de um recém-nascido?
- ✓ Citar algumas características distintivas que mudam durante os primeiros dias de vida?

Tabela 4-1 Estados de Consciência do Bebê

Estado	Olhos	Respiração	Movimentos	Responsividade
Sono regular	Fechados; nenhum movimento dos olhos	Regular e lenta	Nenhum, exceto sobressaltos generalizados e repentinos	Não pode ser despertado por estímulos de pouca intensidade.
Sono irregular	Fechados; rápidos movimentos oculares ocasionais	Irregular	Contrações musculares, mas sem maiores movimentos	Sons ou luz provocam sorrisos ou caretas durante o sono.
Sonolência	Abertos ou fechados	Irregular	Um pouco ativo	Pode sorrir, sobressaltar-se, mamar ou ter ereções em resposta aos estímulos.
Inatividade alerta	Abertos	Regular	Tranquilo; pode mover a cabeça, os membros e o tronco enquanto olha a sua volta	Um ambiente interessante (com pessoas ou coisas para ver) pode iniciar ou manter este estado.
Atividade desperta e choro	Abertos	Irregular	Muita atividade	Estímulos externos (como fome, frio, dor; ser contido ou deitado) provocam mais atividade, possivelmente começando com resmungos e movimentos suaves, tornando-se um crescendo rítmico de choro e pontapés, ou ainda pode começar a esperar e ficar assim, sem coordenação e dando gritos espasmódicos.

Fonte: Adaptado de informações em Prechtl e Beintema, 1964; P.H. Wolff, 1966.

estado de consciência

É o grau de vigilância de um bebê; sua condição em determinado momento no ciclo diário periódico de vigília, de sono e de atividade.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Comparar os sistemas fetal e neonatal de circulação, respiração, digestão, excreção e regulação da temperatura?
- ✓ Identificar e descrever dois problemas perigosos que podem ocorrer quando os sistemas corporais de um recém-nascido não estão funcionando normalmente?
- ✓ Descrever os típicos padrões iniciais de sono e vigília?
- ✓ Explicar o significado dos diferentes níveis de atividade?

Estados de Vigília: Os Ciclos Corporais

Os bebês têm um "relógio" interno que regula os ciclos diários de alimentação, sono e eliminação, possivelmente até seu humor. Esses ciclos periódicos de vigília, sono e atividade, os quais regem o **estado de consciência** do bebê ou seu grau de vigília, (ver Tabela 4-1) parecem inatos e muito pessoais. Por exemplo, os recém-nascidos dormem em média cerca de 16 horas por dia, mas um bebê pode dormir apenas 11 horas, enquanto outro, 21 (Parmelee, Wenner, e Schulz, 1964).

A maioria dos novos bebês acorda-se a cada 2 ou 3 horas, durante o dia ou à noite. Breves períodos de sono alternam-se com períodos mais curtos de consciência, dedicados principalmente à alimentação. Os recém-nascidos têm cerca de seis a oito períodos de sono, que variam do sono tranquilo ao sono ativo. O sono ativo provavelmente equivale ao sono REM, o qual, nos adultos, está associado aos sonhos. O sono ativo aparece ritmicamente em ciclos de cerca de uma hora e representa de 50 a 80% do tempo total de sono do neonato.

Alguns bebês novos são mais ativos do que outros. Esses níveis de atividade refletem diferenças de temperamento que continuam durante a infância e, muitas vezes, por toda a vida. Os padrões de comportamento sem igual dos neonatos despertam reações diferentes naqueles que lhes cuidam. Os adultos reagem de forma muito diferente a um bebê calmo e a um bebê ativo, a um bebê que se acalma facilmente e a outro que, muitas vezes, é inconsolável; a um bebê que está sempre desperto e alerta e a outro que não parece interessado no que o cerca. Os bebês, por sua vez, respondem ao modo como são tratados. Essa influência bidirecional pode ter efeitos profundos sobre o tipo de pessoa que o bebê irá tornar-se. Portanto, desde o início, as crianças influenciam suas próprias vidas moldando o ambiente em que crescem.

Sobrevivência e Saúde

Embora a grande maioria dos nascimentos resulte em bebês normais e saudáveis, em alguns deles isso não acontece. Como podemos saber se um recém-nascido está em risco? Que complicações do nascimento podem causar dano? Quantos bebês morrem du-

rante a primeira infância e por quê? O que pode ser feito para prevenir doenças infantis debilitantes (ver Quadro 3-1)? Como podemos garantir que os bebês vivam, cresçam e desenvolvam-se normalmente?

Avaliação Médica e Comportamental

Os primeiros minutos, dias e semanas depois do nascimento são cruciais para o desenvolvimento. É importante saber o mais cedo possível se um bebê tem algum problema que necessita de cuidados especiais.

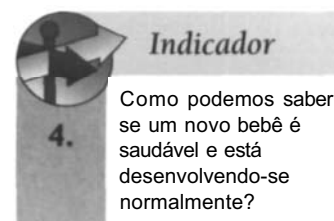
A Escala Apgar

Um minuto após o parto e outra vez 5 minutos depois, a maioria dos bebês é avaliada pela **Escala Apgar** (ver Tabela 4-2). O nome desse exame provém de sua criadora, a Dra. Virginia Apgar (1953), e é um acrônimo, na língua inglesa, das iniciais das palavras que identificam os cinco subtestes que compõem a escala: aparência (cor), pulso (frequência cardíaca), expressão facial (irritabilidade reflexa), atividade (tônus muscular) e respiração. O neonato recebe uma nota de zero, um ou dois em cada medida, e a nota máxima é 10. Uma nota de 7 a 10 aos 5 minutos - obtida por 98,6% dos bebês nascidos nos Estados Unidos em 1996 - indica que o bebê está em boa ou excelente condição. Uma nota abaixo de sete significa que o bebê precisa de auxílio para começar a respirar; uma nota abaixo de quatro indica que o bebê precisa de tratamento de salvamento imediato. Caso o tratamento seja bem-sucedido e o escore aumente para quatro ou mais, danos a longo prazo são improváveis (AAP Committee on Fetus and Newborn, 1986; American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] Committee on Obstetric Practice, 1996).

Uma nota baixa na escala Apgar nem sempre indica que o bebê esteja morrendo por asfixia. A nota obtida por um bebê pode ser afetada pela quantidade de medicação que a mãe recebeu, ou condições neurológicas e cardiorrespiratórias podem interferir em um ou mais sinais vitais. Os bebês pré-termo (nascidos antes de 37 semanas de gestação) podem obter notas baixas por sua imaturidade fisiológica. Notas de 0 a 3 aos 10, 15 e 20 minutos após o nascimento estão progressivamente associadas à paralisia cerebral (comprometimento muscular devido a dano cerebral antes ou durante o nascimento) ou outros futuros problemas neurológicos; essas condições podem ser causadas ou não por privação de oxigênio (AAP Committee on Fetus and Newborn and ACOG Committee on Obstetric Practice, 1996).

Avaliação da Condição Neurológica: A Escala Brazelton

A **Escala Brazelton de Avaliação Comportamental Neonatal** é utilizada para avaliar a sensibilidade dos neonatos a seu ambiente físico e social, identificar problemas no funcionamento neurológico e prever o futuro desenvolvimento. Seu nome provém de seu criador, o Dr T. Berry Brazelton (1973, 1984; Brazelton e Nugent, 1995). Ela avalia a *organização motora* demonstrada por comportamentos como nível de atividade e capacidade de levar a mão à boca; *reflexos*; *mudanças de estado*, como irritabilidade, excitabili-



Escala Apgar

Medição padronizada da condição de um recém-nascido; ela avalia a aparência, o pulso, a expressão facial, a atividade e a respiração.

Escala Brazelton de Avaliação Comportamental Neonatal

Teste neurológico e comportamental para medir a resposta do neonato ao ambiente.

Tabela 4-2 Escala Apgar

Sinal*	0	1	2
Aparência (cor)	Azulado, pálido	Corpo rosado, extremidades azuladas	Totalmente rosado
Pulso (frequência cardíaca)	Ausente	Lento (abaixo de 100)	Rápido (acima de 100)
Expressão facial (irritabilidade reflexa)	Sem resposta	Careta	Tosse, espirro, choro
Atividade (tônus muscular)	Inerte	Fraco, inativo	Forte, ativo
Respiração	Ausente	Irregular, lenta	Boa, choro

* Cada sinal é avaliado em termos de ausência ou presença de 0 a 2; o escore total máximo é 10.

Fonte: Adaptado de V. Apgar, 1953

dade e capacidade de se acalmar depois de ter ficado irritado; *atenção e capacidades interativas*, demonstradas pela vigilância geral e resposta a estímulos visuais e auditivos; indicações de *instabilidade do sistema nervoso central*, como tremores e mudanças na cor da pele. O exame de Brazelton dura cerca de 30 minutos, e as notas baseiam-se no melhor desempenho do bebê.

Triagem Neonatal para Diagnóstico de Doenças

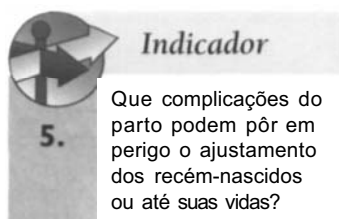
As crianças que herdam o distúrbio enzimático fenilcetonúria (ver Tabela 3-1) sofrerão de retardo mental se não forem tratadas com dieta especial nas primeiras 3 a 6 semanas de vida. Exames de avaliação que podem ser aplicados imediatamente após o nascimento, muitas vezes, podem identificar esses defeitos corrigíveis.

A triagem de rotina de todos os neonatos para identificação de doenças, como fenilcetonúria (um caso a cada 10 a 25 mil nascimentos), hipotireoidismo (um em 3.600 a 5.000) e galactosemia (um em 60 a 80 mil) e outras doenças ainda mais raras é dispendiosa. Entretanto, o custo de examinar milhares de recém-nascidos para detectar um caso de uma doença rara pode ser menor do que o custo de cuidar de uma criança com retardo mental por toda a vida. Todos os Estados norte-americanos atualmente exigem a triagem de rotina para fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito; as exigências para realização de outros exames variam de um Estado para o outro* (AAP Committee on Genetics, 1992).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir a utilização do teste de Apgar, da escala Brazelton e da triagem neonatal de rotina para distúrbios raros?



trauma no nascimento

Dano ocorrido no momento do nascimento devido à privação de oxigênio, a dano mecânico, à infecção ou doença.

baixo peso natal

Peso de menos de 2,5 kg ao nascer em função da prematuridade ou de ser pequeno para a idade.

bebês pré-termo

Bebês nascidos antes da trigésima sétima semana de gestação.

bebês pequenos para a data (pequenos para a idade de gestação)

Bebês cujo peso natal, como resultado de crescimento fetal lento, é menor do que o de 90% dos bebês da mesma idade gestativa.

Complicações do Parto

Para uma pequena minoria de bebês, a passagem através do canal de parturição é uma experiência particularmente difícil. Cerca de dois neonatos em mil se ferem no processo (Wegman, 1994). Um **trauma no nascimento** (ferimento que ocorre no momento do parto) pode ser causado por anoxia (falta de oxigênio), doenças ou infecções ou danos mecânicos. Às vezes, o trauma causa dano cerebral permanente, provocando retardo mental, problemas de comportamento ou até a morte. Um percentual maior de bebês nasce muito pequeno ou permanece muito tempo no útero - complicações que podem prejudicar suas chances de sobrevivência e bem-estar.

Baixo Peso Natal

Segundo dados preliminares, 7,6% dos bebês nascidos nos Estados Unidos em 1998 (comparado com 6,8% em 1986) tinham **baixo peso natal** - pesavam menos do que 2,5 kg ao nascer. Os bebês com peso natal muito baixo, ou seja, que pesam menos do que 1,5 kg, representaram 1,45% dos nascimentos. O baixo peso natal é a segunda causa mais importante de morte na primeira infância, depois dos defeitos congênitos (Martin, Smith, Mathews e Ventura, 1999). Prevenir e tratar o baixo peso natal pode aumentar o número de bebês que sobrevivem no primeiro ano de vida.

Os bebês com baixo peso natal dividem-se em duas categorias: bebês *pré-termo* e bebês *pequenos para a data*. Os bebês nascidos antes de completar a trigésima sétima semana de gestação são chamados de **bebês pré-termo** (prematurados); eles podem ter ou não o tamanho apropriado para sua idade de gestação. O aumento no número de nascimentos de bebês pré-termo pode, em parte, refletir o aumento no número de partos cesarianos e partos induzidos e nos nascimentos para mulheres solteiras e mais velhas, de 35 anos ou mais (Kramer et al., 1998). Os **bebês pequenos para a data (pequenos para a idade de gestação)**, que podem ser ou não pré-termo, pesam menos do que 90 % de todos os bebês da mesma idade de gestação. Seu pequeno porte geralmente é resultado de nutrição pré-natal inadequada, o que retarda o crescimento do feto. A maior prevalência de baixo peso natal é em grande parte atribuída ao aumento no número de nascimentos múltiplos.

Quem Tende a Ter um Bebê de Baixo Peso Natal? Os fatores que aumentam a probabilidade de que uma mulher dê à luz um bebê com peso abaixo do normal incluem: (1) *fatores demográficos e socioeconômicos*, como ser afro-americana, ter menos de

* N. de R. T.: No Brasil, o "teste do pezinho" é oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a todos os recém-nascidos por meio do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) do Ministério da Saúde. A versão do teste utilizada atualmente diagnostica quatro doenças: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hemoglobinopatias, como a anemia falciforme e fibrose cística.
Fonte: site do Ministério da Saúde <http://saude.gov.br/portal/saude>

17 ou mais de 40 anos, ser pobre, solteira ou com baixo nível de instrução; (2) *fatores médicos anteriores à gravidez*, como não ter filhos ou ter mais de quatro, ser de baixa estatura, já ter tido bebês de baixo peso natal ou múltiplos abortos, ter tido ela mesma baixo peso natal ou ter anormalidades genitais ou urinárias ou hipertensão crônica; (3) *fatores comportamentais e ambientais pré-natais*, como má nutrição, assistência pré-natal inadequada, fumo, uso de álcool ou outras drogas ou exposição a estresse, altas altitudes ou substâncias tóxicas; e (4) *problemas de saúde associados à gravidez*, como sangramento vaginal, infecções, pressão arterial baixa ou alta, anemia, pouco ganho de peso, ter dado à luz há menos de 6 meses ou há 10 ou mais anos antes (Brown, 1985; Chomitz, Cheung e Lieberman, 1995; Nathanielsz, 1995; Shiono e Behrman, 1995; Wegman, 1992; Zhu, Rolfs, Nangle e Horan, 1999). O intervalo mais seguro entre as gestações é de 18 a 23 meses (Zhu et al., 1999).

Muitos desses fatores estão inter-relacionados, e a condição socioeconômica influi em muitos deles. Nas adolescentes, o maior risco de ter bebês com baixo peso natal talvez se deva mais à má nutrição e à assistência pré-natal inadequada do que à idade, pois as adolescentes que ficam grávidas tendem a ser pobres. Pelo menos um quinto de todos os casos de baixo peso natal são atribuídos ao fumo, mas essa proporção aumenta quando uma mãe fumante também tem peso abaixo do normal e não adquire peso suficiente durante a gravidez - combinação que representa quase dois terços dos casos de crescimento fetal retardado. Mesmo antes de engravidar, as mulheres podem reduzir suas chances de ter um bebê de baixo peso natal alimentando-se bem, não fumando nem usando drogas, bebendo pouco ou nenhum álcool e recebendo boa assistência médica (Chomitz et al., 1995; Shiono e Behrman, 1995).

Embora o país mais bem-sucedido de todos no *salvamento* de bebês de baixo peso natal seja os Estados Unidos, a taxa de nascimentos desse tipo nesse país é maior do que a de 21 outros países europeus, asiáticos e do oriente médio (UNICEF, 1996). Ainda pior, as taxas de bebês de baixo peso natal entre afro-americanos são maiores do que as de 73 outros países, incluindo diversos países africanos, asiáticos e sul-americanos (UNICEF, 1992). Os bebês afro-americanos têm mais do que o dobro de chances de ter peso abaixo do normal do que os bebês brancos, principalmente por sua maior tendência a serem pré-termos (Martin et al., 1999). Bebês de origem porto-riquenha têm uma chance e meia a mais de ter baixo peso natal do que bebês brancos. As taxas para outras minorias são aproximadamente as mesmas que para nascimentos brancos (Chomitz et al., 1995; USDHHS, 1996).

A incidência mais elevada entre mulheres afro-americanas pode em parte refletir maior pobreza, menos educação, menos assistência pré-natal e maior incidência de gravidez em adolescentes e mulheres solteiras. Contudo, mesmo as mulheres negras com nível superior têm maior propensão a ter bebês de baixo peso natal do que as mulheres brancas (Brown, 1985; Chomitz et al., 1995; Schoendorf, Hogue, Kleinman e Rowley, 1992). Isso pode dever-se à pior saúde geral ou ser proveniente de problemas de saúde específicos que afetam várias gerações. A causa não parece ser primordialmente genética, pois os pesos natais de bebês de mulheres negras africanas são mais semelhantes aos de bebês de mulheres norte-americanas brancas do que aos de mulheres norte-americanas negras (David e Collins, 1997). A alta proporção de bebês com baixo peso natal na população afro-americana é o principal fator nas altas taxas de mortalidade de bebês negros (ver Tabela 4-3).

Tratamento e Consequências O principal receio em relação a bebês muito pequenos é o de que morram com pouco tempo de vida. Como seus sistemas imunológicos ainda não se desenvolveram por completo, eles são particularmente vulneráveis à infecção. Seus sistemas nervosos podem ainda não estar suficientemente maduros para realizar funções básicas à sobrevivência, como mamar, e talvez eles necessitem ser alimentados por via intravenosa (através das veias). Por terem menos gordura para isolá-los e gerar calor, eles têm



Os bebês mais pequeninos ganham muito com o contato humano. O contato com a mãe, que segura e acaricia esta menininha de baixo peso natal, irá ajudar a criar um laço entre mãe e filha, além de ajudar o bebê a crescer e ficar mais alerta.

Tabela 4-3 Peso Natal e Mortalidade de Bebês Negros e Brancos

	Peso Natal Baixo (<2,5kg), % de nascimentos (1996)	Peso Natal Muito Baixo (< 1,5 kg), % de nascimentos (1996)	Taxa de Mortalidade Infantil por 1.000(1996)	Taxa de Mortalidade Neonatal por 1.000(1996)	Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal por 1.000(1996)	Declínio na Taxa de Mortalidade Infantil, 1970-1996
Bebês negros	13,1	2,99	14,7	9,6	5,1	55%
Bebês brancos	6,34	1,09	6,1	4,0	2,1	66%

Nota: Os bebês negros são mais propensos do que os bebês brancos a morrer no primeiro ano de vida de síndrome de morte súbita do lactente, síndrome de angústia respiratória, infecções, ferimentos, distúrbios relacionados com gestação incompleta e baixo peso natal, pneumonia e gripe e em consequência de complicações maternas da gravidez.

Fonte: NCHS, 1998a.

dificuldade para manter a temperatura adequada. A síndrome de angústia respiratória, também chamada de *doença da membrana hialina*, é comum.

Em um estudo de 122.754 nascimentos vivos em um hospital de Dallas, recém-nascidos a termo completo com peso muito abaixo do normal - 3% de peso ou abaixo dele para sua idade de gestação - tinham um risco significativamente maior de morte neonatal e de comprometimento da saúde logo após o nascimento. Para bebês pré-termo, o risco de consequências adversas aumentava continuamente com o decréscimo de peso (McIntire, Bloom, Casey e Leveno, 1999).

Muitos bebês pré-termo com peso natal muito baixo carecem de surfactante, uma substância de revestimento pulmonar essencial que protege os sacúlos de ar; esses bebês podem ter respiração irregular ou parar de respirar. A administração de surfactantes a neonatos pré-termo de alto risco tem aumentado sua taxa de sobrevivência (Corbet et al., 1995; Horbar et al., 1993), permitindo que um número significativo de bebês nascidos com 24 semanas de gestação e pesando apenas 500 g possam sobreviver. Contudo, esses bebês tendem a ter má saúde ou deficiência neurológica - aos 20 meses, um coeficiente de 20% de retardo mental e uma probabilidade de 10% de paralisia cerebral (Hack, Friedman e Fanroff, 1996).

Um bebê que nasce com peso baixo é colocado em uma *incubadora* (um berço anti-séptico com temperatura controlada) e alimentado através de tubos. Para compensar o empobrecimento sensorial da vida em uma incubadora, os funcionários do hospital e os pais são encorajados a dar um tratamento especial a esses bebês. Massagens suaves parecem estimular o crescimento, a organização comportamental, o ganho de peso, a atividade motora e a vigilância (T.M. Field, 1986, 1998; Schanberg e Field, 1987).

Mesmo que os bebês de baixo peso natal sobrevivam aos primeiros dias, os mais perigosos, existe uma preocupação quanto a seu desenvolvimento a longo prazo. A maioria desses bebês sai-se muito bem, em parte devido ao apoio recebido. Uma análise de 80 estudos constatou uma diferença de apenas cerca de seis pontos na média de QI após 2 anos de vida entre crianças de peso natal baixo e de peso normal, e ambos os grupos estavam na faixa normal de inteligência: 97,7 comparado com 103,78 (Aylward, Pfeiffer, Wright e Verhulst, 1989).

Bebês com peso natal *muito* baixo têm um prognóstico menos favorável. Em idade escolar, aqueles que pesavam menos no nascimento apresentaram mais problemas comportamentais, sociais, de atenção e de linguagem (Klebanov, Brooks-Gunn e McCormick, 1994). Em um estudo, cerca de metade de uma amostra de 88 crianças de 7 anos de idade que pesavam menos do que 1,5 kg ao nascerem precisaram de educação especial, comparado com 15% do grupo-controle de peso normal e termo completo (Ross, Lipper e Auld, 1991). Bebês pequenos para a idade de gestação são mais propensos a sofrer de comprometimento neurológico e cognitivo durante os primeiros 6 anos de vida do que bebês igualmente pré-termos cujo peso era apropriado para sua idade de gestação (McCarton, Wallace, Divon e Vaughan, 1996).

O peso natal sozinho não determina necessariamente o resultado. Os meninos são mais propensos do que as meninas a ter problemas durante a infância que prejudicam

Pense sobre isso . . .

- Em vista da perspectiva a longo prazo para bebês de peso natal muito baixo e dos custos envolvidos no auxílio a sua sobrevivência, que parcela dos recursos da sociedade deve ser alocada para o resgate desses bebês?

as atividades cotidianas e a necessitar de educação especial ou outro tipo de auxílio especial (Verloove-Vanhorick et al., 1994). O sexo e outros fatores demográficos, como renda familiar e nível de instrução e estado civil da mãe, parecem desempenhar um papel importante na condição de uma criança de baixo peso natal futuramente sofrer ou não de problemas emocionais ou de comprometimento na fala e na linguagem. Fatores demográficos também desempenham certo papel na prevalência de deficiências de aprendizagem específicas e deficiências mentais leves. Somente as deficiências educacionais mais graves são afetadas apenas por fatores médicos (Resnick et al., 1998).

Hipermaturação

Quase 9% das mulheres grávidas não entram nos trabalhos de parto duas semanas após a data correta ou 42 semanas após o último ciclo menstrual da mãe. (Ventura, Martin, Curtin e Mathews, 1998). Nesse ponto, um bebê é considerado **hipermaduro**. Os bebês hipermaduros tendem a ser compridos e magros, porque continuaram a crescer no útero, mas tiveram um suprimento de sangue insuficiente no final da gestação. É possível que a placenta tenha envelhecido e tornado-se menos eficiente, assim fornecendo menos oxigênio. O maior tamanho do bebê também complica o parto: a mãe tem que parir um bebê do tamanho de um bebê normal de um mês de idade.

Como os fetos hipermaduros têm maior risco de dano cerebral ou mesmo de morte, os médicos às vezes induzem o parto com drogas, ou realizam partos cesarianos. Entretanto, se a data correta foi mal calculada, pode-se dar à luz um bebê que, na verdade, é pré-termo. Como auxílio nessa decisão, os médicos monitoram as condições do bebê com o ultra-som para ver se a frequência cardíaca aumenta quando o feto se mexe; em caso negativo, o bebê pode estar com falta de oxigênio. Um outro teste envolve o exame do volume de líquido amniótico; um nível baixo pode significar que o bebê não está recebendo alimento suficiente.

Os Efeitos de Complicações no Nascimento Podem Ser Superados com um Ambiente Favorável?

As possibilidades de que uma criança supere a desvantagem inicial de seu baixo peso natal dependem de diversos fatores interligados. Um deles é a condição socioeconômica da família (Aylward et al., 1989; McGauhey, Starfield, Alexander e Ensminger, 1991; Ross et al., 1991). Outro é a qualidade do ambiente na infância.

Os Estudos da Saúde e do Desenvolvimento do Bebê

Um estudo em larga escala (Infant Health & Development Program [IHDP], 1990) acompanhou 985 bebês pré-termo de baixo peso natal em oito locais dos Estados Unidos - em sua maioria de famílias de zonas urbanas mais pobres - do nascimento aos 3 anos. Um terço dos bebês mais pesados (mas ainda de baixo peso natal) e um terço dos mais leves foram randomicamente colocados em grupos de "intervenção" e os dois terços restantes de cada categoria de peso em grupos de "acompanhamento". Os pais dos grupos de intervenção receberam visitas domiciliares em que foram orientados e informados sobre saúde e desenvolvimento infantil, além de instrução sobre jogos e atividades para crianças. Com 1 ano, esses bebês ingressaram em um programa diurno de assistência educacional. As crianças de todos os grupos receberam serviços de acompanhamento pediátrico.

Quando o programa terminou, as crianças de 3 anos de ambos os grupos de intervenção saíam-se melhor em medidas cognitivas e sociais, eram muito menos propensas a apresentar retardo mental e tinham menos problemas de comportamento do que as dos grupos que só tiveram acompanhamento (Brooks-Gunn, Klebanov, Liaw e Spiker, 1993). Entretanto, dois anos depois, aos 5 anos de idade, as crianças no grupo de intervenção com peso natal mais baixo não apresentavam mais qualquer superioridade cognitiva em relação ao grupo de comparação. Além disso, ter participado do programa de intervenção não influía na saúde ou no comportamento (Brooks-Gunn et al., 1994). Aos 8 anos, a superioridade cognitiva das crianças do grupo de intervenção de peso natal mais alto em relação às do grupo de acompanhamento tinha diminuído para quatro pontos de QI, e todos os quatro grupos tinham níveis de QI e vo-

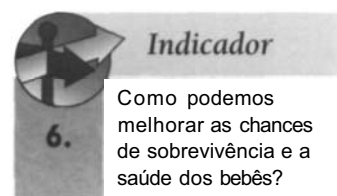
hipermaduro

Referente a um feto que ainda não nasceu duas semanas após a data esperada ou 42 semanas após o último ciclo menstrual da mãe.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ☒ Discutir os fatores de risco, o tratamento e os resultados para bebês de baixo peso natal?
- ☒ Explicar os riscos da hipermaturação?



cabulário significativamente abaixo da média (McCarton et al., 1997; McCormick, McCarton, Brooks-Gunn, Belt e Gross, em produção). Aparentemente, portanto, para que esse tipo de intervenção tenha efeitos duradouros, ela precisa continuar além dos três anos de idade.

Estudos com a amostra completa do IHDP salientam a importância do que ocorre em casa. As crianças que recebiam pouco cuidado e pouca atenção dos pais eram mais propensas a ter tamanho inferior e piores resultados em testes cognitivos do que as crianças de ambientes domiciliares mais favoráveis (Kelleher et al., 1993; McCormick et al., em fase de elaboração). Aquelas cujo desempenho cognitivo mantinha-se alto tinham mães que tinham bons resultados em testes cognitivos e eram responsivas e estimulantes. Os bebês que tinham mais do que um fator de risco (como má saúde neonatal aliada ao fato de ter uma mãe que não recebeu orientação, tinha menor nível de instrução ou era menos responsiva) apresentaram os piores resultados (Liaw e Brooks-Gunn, 1993).

O Estudo de Kauai

Um estudo a longo prazo demonstra como um ambiente favorável pode contrabalançar os efeitos de baixo peso natal, de ferimentos no nascimento e de outras complicações do nascimento. Por mais de três décadas, Emmy E. Werner (1987, 1995) e uma equipe de pesquisa formada por pediatras, psicólogos, assistentes de saúde pública e assistentes sociais acompanharam 698 crianças nascidas em 1955 na ilha havaiana de Kauai - do período pré-natal ao nascimento e depois até a idade adulta. Os pesquisadores entrevistaram as mães, registraram suas histórias pessoais, familiares e reprodutivas; monitoraram a evolução de suas gestações; entrevistaram-nas novamente quando as crianças tinham 1, 2 e 10 anos de idade. Eles também observaram as crianças interagindo com os pais em casa e administraram-lhes testes de aptidão, desempenho e personalidade nas escolas de ensino fundamental e médio. Os professores das crianças faziam relatórios sobre seu progresso e comportamento. Os próprios jovens foram entrevistados aos 18 e 30 anos.

Entre as crianças que haviam sofrido problemas no nascimento ou antes dele, o desenvolvimento físico e psicológico sofria sério comprometimento *somente* quando elas cresciam em condições ambientais invariavelmente pobres. A partir do segundo ano de vida, a menos que o dano inicial tenha sido sério o suficiente para exigir internação, as crianças que tinham um ambiente estável e enriquecedor saíam-se bem (Werner, 1985, 1987). Na verdade, elas tinham menos problemas perceptivos, emocionais, escolares e de linguagem do que as crianças que *não* haviam tido nenhum estresse especial no nascimento, mas que haviam recebido pouca estimulação intelectual ou apoio



Graças a sua própria resiliência, um terço das crianças em risco estudadas por Emmy Werner e seus colegas tornaram-se adultos autoconfiantes e bem-sucedidos. Essas crianças tinham uma abordagem positiva e ativa para a resolução de problemas, capacidade de identificar aspectos favoráveis mesmo em experiências dolorosas e de gerar respostas positivas de outras pessoas e uma forte tendência para utilizar a fé na manutenção de uma visão otimista de uma vida realizadora.

emocional em casa (Werner, 1989; Werner et al., 1968). As crianças que haviam sido expostas *tanto* a problemas em torno do nascimento *quanto* a experiências estressantes posteriores apresentaram os piores problemas de saúde e maior retardo no desenvolvimento (Werner, 1987).

Com um ambiente favorável, portanto, muitas crianças podem superar um mau início de vida. Ainda mais notável é a resiliência das crianças que não sofrem danos a despeito de *múltiplas* fontes de estresse. Mesmo quando as complicações do nascimento estavam aliadas a riscos ambientais, como pobreza crônica, discórdia familiar, divórcio ou pais com doença mental, muitas crianças permaneciam relativamente ilesas. Das 276 crianças que aos 2 anos tinham sido identificadas como tendo quatro ou mais fatores de risco, dois terços desenvolveram problemas sérios de aprendizagem ou de comportamento aos 10 ou aos 18, ficaram grávidas, envolveram-se em problemas com a lei, ou desenvolveram problemas emocionais. Contudo, aos 30 anos, um terço dessas crianças de alto risco tinham conseguido tornar-se "adultos competentes, confiantes e caridosos" (Werner, 1995, p.82).

Os **fatores de proteção**, que tendiam a reduzir o impacto do estresse, dividiram-se em três categorias: (1) atributos individuais que podem ser basicamente genéticos, como energia, sociabilidade e inteligência, (2) laços de afeto com pelo menos um membro da família e (3) recompensas na escola, no trabalho ou na igreja que proporcionam uma sensação de significado e controle sobre a vida (Werner, 1987). Embora o ambiente domiciliar pareça ter tido um efeito mais marcante na infância, na idade adulta as qualidades próprias do indivíduo fizeram mais diferença (Werner, 1995).

Esses estudos salientam a necessidade de observar o desenvolvimento infantil contextualmente. Eles mostram a interação das influências biológicas e ambientais, tornando a resiliência possível mesmo em bebês que nascem com complicações graves.

Morte Durante a Primeira Infância

Uma das perdas mais trágicas é a morte de um bebê. Grandes avanços foram feitos na proteção da vida de novos recém-nascidos, mas essas melhorias não têm distribuição homogênea na população. Muitos bebês ainda morrem - alguns deles sem nenhum motivo aparente, sem aviso ou explicação.

Reduzindo a Mortalidade Infantil

Nas últimas décadas, as perspectivas de sobrevivência nos primeiros anos de vida melhoraram em todas as regiões do mundo. A melhora é especialmente dramática nas regiões em desenvolvimento da África, no Oriente Médio e no sudeste da Ásia, onde o perigo de morte por complicações do nascimento, distúrbios neonatais, diarreia, doença respiratória e doenças que podem ser prevenidas com vacinas, ainda é maior (Wegman, 1999). Em termos mundiais, em 1998, a estimativa era de que 7,7 milhões de crianças morreriam no primeiro ano de vida, respondendo por cerca de 14% de todos os óbitos. Mas enquanto as mortes de bebês representam até 25% do total de óbitos nos países em desenvolvimento, elas respondem por apenas 1% dos óbitos no mundo desenvolvido (U. S. Bureau of the Census, 1999c).

Nos Estados Unidos, a **taxa de mortalidade infantil** - a proporção de bebês que morrem no primeiro ano de vida - é a menor de todos os tempos. Em 1998, segundo dados preliminares, ocorreram 7,2 mortes no primeiro ano para cada mil nascimentos vivos, comparado com 20 por mil em 1970, uma queda de 63,5%. A *mortalidade neonatal*, mortes durante as primeiras quatro semanas de vida, teve uma queda ainda maior, de cerca de 68%. Mesmo assim, quase dois terços dos óbitos de bebês ocorrem durante o período neonatal. A *mortalidade pós-neonatal* (morte depois das primeiras quatro semanas de vida) diminuiu em cerca de 49% (Martin et al., 1999; NCHS, 1998a; Peters, Kochanek e Murphy, 1998).

A melhora continua nas taxas de mortalidade infantil durante a década de 1990, mesmo numa época em que mais bebês nascem muito pequenos, deve-se em parte à eficácia no tratamento para desconforto respiratório e à prevenção da síndrome de morte súbita do lactente (SMSL) (discutida na próxima seção), bem como aos avanços da medicina para manter a vida de bebês muito pequenos e tratar neonatos doentes. Mesmo assim, muitos bebês ainda morrem - 28.486 em 1998, segundo dados preliminares (Martin et al., 1999). Além disso, os bebês norte-americanos

fatores proteção

Influências que reduzem o impacto do estresse na infância e tendem a prognosticar resultados positivos.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir a eficácia do ambiente domiciliar e dos programas de intervenção na superação dos efeitos do baixo peso natal e de outras complicações do nascimento?
- ✓ Citar três fatores protetores identificados pelo estudo de Kauai?

taxa de mortalidade infantil

Proporção de bebês que nascem vivos, mas morrem durante o primeiro ano de vida.

têm menos chance de completar um ano de vida do que os bebês de muitos outros países industrializados (Wegman, 1996; ver Figura 4-2). As taxas mais altas de sobrevivência de bebês na Europa ocidental e nas regiões costeiras do Oceano Pacífico podem ser atribuíveis à assistência médica gratuita pré e pós-natal e, nos países da costa do Oceano Pacífico, ao auxílio dos membros da família extensa antes e durante o nascimento (Gardiner et al., 1998).

Os defeitos congênitos foram a principal causa de mortalidade infantil nos Estados Unidos em 1998, segundo dados preliminares. Em segundo lugar vem o baixo peso natal, em terceiro, a síndrome de morte súbita do lactente (SMSL) e, em quarto, a síndrome de angústia respiratória (Martin et al., 1999). As causas de morte em neonatos brancos e hispânicos e nos descendentes de asiáticos e de habitantes das ilhas do Pacífico encaixam-se nesse padrão. Neonatos negros são mais propensos a morrer de distúrbios relacionados ao baixo peso natal, e a SMSL é a principal causa de morte entre bebês americanos nativos (MacDorman e Atkinson, 1998; Martin et al., 1999).

A idade da mãe não é um fator na mortalidade neonatal; com pesos semelhantes, os bebês de mães adolescentes e os de mães adultas têm as mesmas chances de sobrevivência. Nos bebês de mães adolescentes, o que aumenta o risco de morte nas primeiras 4 semanas de vida é a maior probabilidade de baixo peso natal (Rees, Lederman e Kiely, 1996). Isso é particularmente provável também em bebês afro-americanos.

Embora a mortalidade infantil tenha diminuído para todas as raças (Peters et al., 1998), as taxas para bebês brancos diminuíram mais do que para bebês negros (ver Tabela 4-3). Os bebês negros possuem quase duas vezes e meia mais chances de morrer do que os bebês brancos - 14,1 comparado com 6 por 1.000 nascimentos vi-

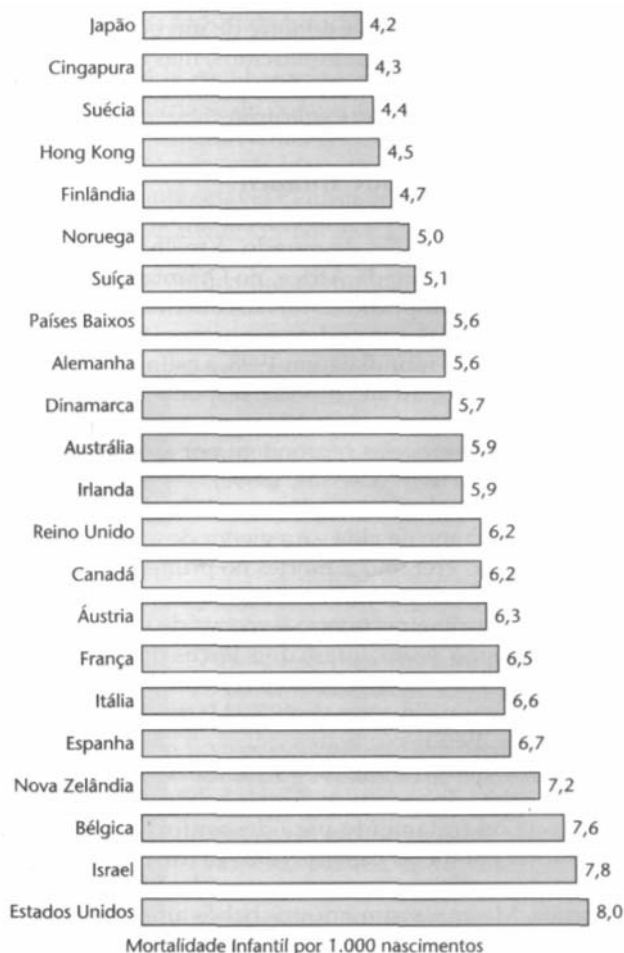


Figura 4-2

Taxas de mortalidade infantil nos países industrializados. Em 1994, a mortalidade infantil nos Estados Unidos era mais alta do que em 21 outros países industrializados com populações de mais de 1 milhão de habitantes, sobretudo por sua elevada taxa de mortalidade infantil para bebês afro-americanos (ver Tabela 4-3). Nos últimos anos, a maioria dos países, inclusive os Estados Unidos, tiveram melhoras significativas.

Nota: As taxas de Hong Kong, Noruega, Dinamarca, França, Espanha, Nova Zelândia e Israel são de 1993. As taxas da Dinamarca e Canadá baseiam-se em dados provisórios. (Fonte: Wegman, 1996, Tabela 2, p. 1022, com base em dados da Divisão Estatística das Nações Unidas.)

vos em 1998, segundo dados preliminares. Essa disparidade é bastante comparável à disparidade na prevalência de baixo peso natal. Bebês hispânicos, como grupo, morrem na mesma proporção que bebês brancos (6 por 1.000), embora as taxas sejam mais elevadas (7,8 por 1.000 em 1996) para bebês porto-riquenhos (Martin et al., 1999; NCHS, 1998a; Peters et al., 1998).

Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL)

Chama-se **síndrome de morte súbita do lactente (SMSL)** o óbito repentino de qualquer bebê com menos de um ano de idade em que a causa de morte não pôde ser determinada após um exame completo, incluindo autópsia. Em 1998, de acordo com dados preliminares, 2.529 bebês foram vítimas de SMSL (Martin et al., 1999). A SMSL ocorre com maior frequência entre 2 e 4 meses de idade (Willinger, 1995).

Diversos fatores de risco, como ser negro, do sexo masculino e de baixo peso natal, estão associados à SMSL. As mães de bebês diagnosticados com SMSL são com frequência jovens, solteiras e pobres; receberam pouca ou nenhuma assistência pré-natal; ficaram doentes durante a gravidez; fumam ou usam drogas ou ambos; e tiveram outro filho em um período inferior a um ano antes do bebê que morreu. Os pais também tendem a ser jovens e fumantes (Babson e Clark, 1983; Hunt e Brouillette, 1987; Kleinberg, 1984; Klonoff-Cohen et al., 1995; Mitchell et al., 1993; D.C. Shannon e Kelly, 1982a, 1982b; USDHHS, 1990). O risco de SMSL é agravado por más condições socioeconômicas, mas ela também atinge bebês de famílias abastadas.

O que causa a SMSL? A condição não é contagiosa, nem é causada por sufocamento ou vômito. Uma teoria sugere a presença de uma anomalia neurológica, talvez uma anormalidade na química cerebral. Estudos apontam dificuldades na regulação do controle respiratório (Hunt e Brouillette, 1987), na transição do sono para a vigília (Schechtman, Harper, Wilson e Southhall, 1992) e na vigilância e capacidade de virar a cabeça para evitar sufocação (Waters, Gonzalez, Jean, Morielli e Brouillette, 1996). Pesquisadores italianos descobriram uma forte correlação entre a SMSL e uma anormalidade incomum nos batimentos cardíacos, a qual pode ser identificada por eletrocardiogramas (Schwartz, Stramba-Badiale et al., 1998).

Parece provável que a SMSL resulte de uma combinação de fatores. Um defeito biológico básico pode tornar alguns bebês vulneráveis, durante um período crítico em seu desenvolvimento, a certas experiências contribuintes ou desencadeadoras, como exposição ao fumo ou o ato de dormir de bruços (Cutz, Perrin, Hackman e Czelegedy-Nagy, 1996).

A pesquisa sustenta a ligação da SMSL com o fumo dos pais (Aligne e Stoddard, 1997; AAP Committee on Environmental Health, 1997). Talvez 30% das mortes por SMSL pudessem ser evitadas se as gestantes não fumassem (Taylor e Sanderson, 1995). A exposição à fumaça, tanto antes quanto depois do nascimento, parece estar relacionada com o desenvolvimento do cérebro e dos pulmões (Cutz et al., 1996; Milerad e Sundell, 1993). A exposição à cafeína também pode ser um fator de risco. Se a mãe costuma beber pelo menos quatro xícaras de café por dia durante a gravidez - ou quantidades equivalentes de outras bebidas com cafeína - seu bebê tem um risco 65% maior de sofrer de SMSL (Ford et al., 1998).

Uma pista para o que acontece na SMSL surgiu com a descoberta de defeitos nos receptores químicos ou terminações nervosas no tronco encefálico, o qual recebe e envia mensagens que controlam a respiração. Esses defeitos podem impedir que os bebês com SMSL se acordem quando estão respirando o ar com excesso de gás carbônico que fica retido embaixo dos cobertores (Kinney et al., 1995). Isso tende a acontecer principalmente quando o bebê está dormindo com o rosto virado para baixo. Os bebês com SMSL podem ter deficiência em um mecanismo de proteção que permite que o bebê fique desperto o suficiente para virar a cabeça quando a respiração estiver deficitária (Waters et al., 1996). Mesmo em bebês normais e saudáveis, o sono de bruços inibe o reflexo de engolir, que protege as vias aéreas de asfixia por infusão de fluidos nasais e digestivos (Jeffery, Megevan e Page, 1999).

Estudos apoiam a relação entre a SMSL e o ato de dormir de bruços (Skadberg, Morild e Markestad, 1998; Taylor et al., 1996). Dormir de lado, tampouco é seguro, pois os bebês colocados na cama de lado, muitas vezes, se viram para ficar de bruços (Skadberg et al., 1998). As taxas de SMSL caíram em até 70% em alguns países

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir as tendências na mortalidade infantil e explicar por que bebês negros têm menos chances de sobreviver do que bebês brancos?

síndrome de morte súbita do lactente (SMSL)

Morte repentina e inexplicável de um bebê aparentemente saudável.

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Discutir os fatores de risco, as causas e a prevenção da síndrome de morte súbita do lactente?

Pense sobre isso ...

- O que mais você acha que pode e deve ser feito para reduzir a incidência de baixo peso natal e diminuir a taxa de mortalidade infantil?

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Explicar por que a plena imunização de todas as crianças em idade pré-escolar é importante?

Pense sobre isso ...

- Quem deve ser o principal responsável pela garantia de que as crianças sejam imunizadas: os pais, as agências comunitárias ou o governo?

após as recomendações da Academia Americana de Pediatria e autoridades médicas internacionais de que os bebês saudáveis durmam de costas (Dwyer, Ponsonby, Blizzard, Newman e Cochrane, 1995; Hunt, 1996; Skadberg et al., 1998; Willinger, Hoffman e Hartford, 1994). Os bebês não devem dormir sobre superfícies macias, como travesseiros, colchas ou peles (AAP Task Force on Infant Positioning and SIDS, 1992, 1996, 1997; Dwyer, Ponsonby, Newman e Gibbons, 1991; Kemp, Livne, White e Arfken, 1998).

Dormir de costas realmente tende a resultar em um atraso temporário no desenvolvimento de habilidades motoras que exigem força da parte superior do corpo, como virar-se, sentar, engatinhar e ficar de pé. Contudo, essas habilidades ainda são alcançadas dentro da faixa etária normal, e a idade em que os bebês começam a andar não é significativamente afetada (Davis, Moon, Sachs e Ottolini, 1998).

Imunização para Melhor Saúde

As doenças infantis, como sarampo, coqueluche e paralisia infantil (poliomielite), que no passado eram muito comuns e, às vezes, fatais, hoje podem ser prevenidas graças ao desenvolvimento de vacinas que mobilizam as defesas naturais do corpo. Infelizmente, muitas crianças ainda não são adequadamente protegidas. Nos países em desenvolvimento, 18% das mortes de crianças com menos de 5 anos de idade ocorrem por doenças para as quais existem vacinas: sarampo, tétano neonatal, coqueluche e tuberculose (Wegman, 1999).

Nos Estados Unidos, a prevalência de doenças que podem ser prevenidas com vacinas tem diminuído acentuadamente desde 1990. Em 1998, as taxas de doença e morte por difteria, coqueluche, tétano, sarampo, cachumba, rubéola e gripe tipo B foram as mais baixas de todos os tempos, ou estavam próximas disso (CDC, 1999b). Essa melhora dramática na saúde infantil é decorrente de uma iniciativa de imunização em todo o país. Em 1994, o Congresso destinou mais de 800 milhões de dólares para melhorar a educação comunitária, aumentar a disponibilidade e diminuir o custo de vacinas e proporcionar vacinas gratuitamente para aqueles que não têm seguro-saúde ou que dependem do Medicaid*. Em 1998, o índice geral de imunização para crianças de 19 a 35 meses de idade havia atingido o recorde de 80%, mas muitas crianças ainda carecem das vacinações necessárias, e existe considerável variação de atendimento entre Estados e cidades (CDC, 1999).

Um dos motivos pelos quais os pais hesitam em imunizar seus filhos é o medo de que as vacinas (especialmente a vacina para coqueluche) possam causar dano cerebral. Entretanto, a associação entre a vacina para coqueluche e doença neurológica parece ser muito pequena (Gale et al., 1994). Os possíveis danos causados pelas doenças que essas vacinas previnem são muito maiores do que os riscos da própria vacina.

Desenvolvimento Físico Inicial

**Indicador**

O que influencia o crescimento do corpo e do cérebro?

Felizmente, a maioria dos bebês sobrevive, desenvolve-se normalmente e cresce com saúde. Que princípios regem seu desenvolvimento? Quais são os padrões típicos de crescimento do corpo e do cérebro? Como se transformam as necessidades de nutrição e sono dos bebês? Como se desenvolvem suas habilidades sensoriais e motoras?

Princípios de Desenvolvimento

Como antes do nascimento, o crescimento e o desenvolvimento físicos seguem os dois princípios de maturação apresentados no Capítulo 3: o *princípio cefalocaudal* e o *princípio próximo-distal*.

* N. do T.: Medicaid é o programa governamental norte-americano de assistência médica e hospitalização para pessoas de renda limitada.

Segundo o *princípio cefalocaudal*, o desenvolvimento ocorre da cabeça para a cauda. Como o cérebro desenvolve-se muito rapidamente antes do nascimento, a cabeça de um bebê recém-nascido é desproporcionalmente grande. Com 1 ano de idade, o cérebro tem 70% de seu peso adulto, mas o resto do corpo tem apenas de 10 a 20 % do peso adulto. A cabeça torna-se proporcionalmente menor à medida que a criança cresce em altura e as partes inferiores do corpo desenvolvem-se (ver Figura 4-3). Os desenvolvimentos sensorial e motor ocorrem segundo o mesmo princípio: os bebês aprendem a utilizar as partes superiores do corpo antes de utilizar as inferiores. Eles vêem os objetos antes de poderem controlar seu tronco e aprendem a fazer muitas coisas com as mãos muito antes de saberem engatinhar ou andar.

Segundo o *princípio próximo-distal* (do interior para o exterior), o crescimento e o desenvolvimento motor ocorrem do centro do corpo para fora. No útero, a cabeça e o tronco desenvolvem-se antes dos braços e das pernas, depois se desenvolvem as mãos e os pés, e depois os dedos de pés e mãos. Durante os primeiros anos de vida, os membros continuam crescendo mais rápido do que as mãos e os pés. De modo análogo, as crianças primeiro desenvolvem a capacidade de utilizar as partes superiores de braços e pernas (que ficam mais próximas ao centro do corpo), depois os antebraços e parte inferior das pernas, depois mãos e pés e, por fim, os dedos de pés e mãos.

Crescimento Fisiológico

As crianças crescem mais rápido durante os três primeiros anos de vida, especialmente durante os primeiros meses, do que em qualquer outro período da vida (ver Figura 4-4). Aos 5 meses, o peso natal de um bebê mediano dobra de 3,4 kg para cerca de 6,8 kg, e com 1 ano, o peso natal triplica para aproximadamente 10 kg. Esse rápido crescimento diminui durante o segundo ano, quando a criança normalmente ganha 2,2 ou 2,7 kg, quadruplicando seu peso natal na época de seu segundo aniversário. Durante o terceiro ano, o ganho é em média um pouco menor, cerca de 1,8 a 2,2 kg. A altura aumenta em cerca de 25 a 30 cm durante o primeiro ano (fazendo com que o bebê de 1 ano de idade tenha tipicamente cerca de 76 cm de altura), em cerca de 12,5 cm durante o segundo ano (de modo que um bebê mediano de 2 anos tenha 91 cm de altura) e em 7,5 a 10 cm durante o terceiro ano. A medida que o bebê cresce, o formato do corpo e as proporções também mudam; uma criança de 3 anos geralmente é delgada quando comparada com um bebê de 1 ano, gorducho e barrigudo.

A dentição geralmente começa em torno dos 3 ou 4 meses, quando os bebês começam a pegar quase tudo que vêem para pôr na boca, mas o primeiro dente pode só apa-

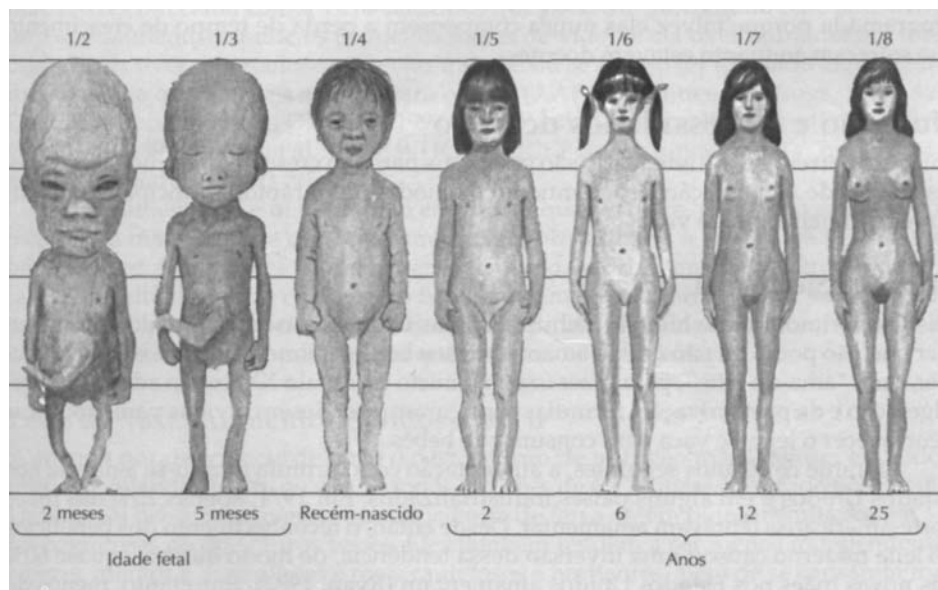
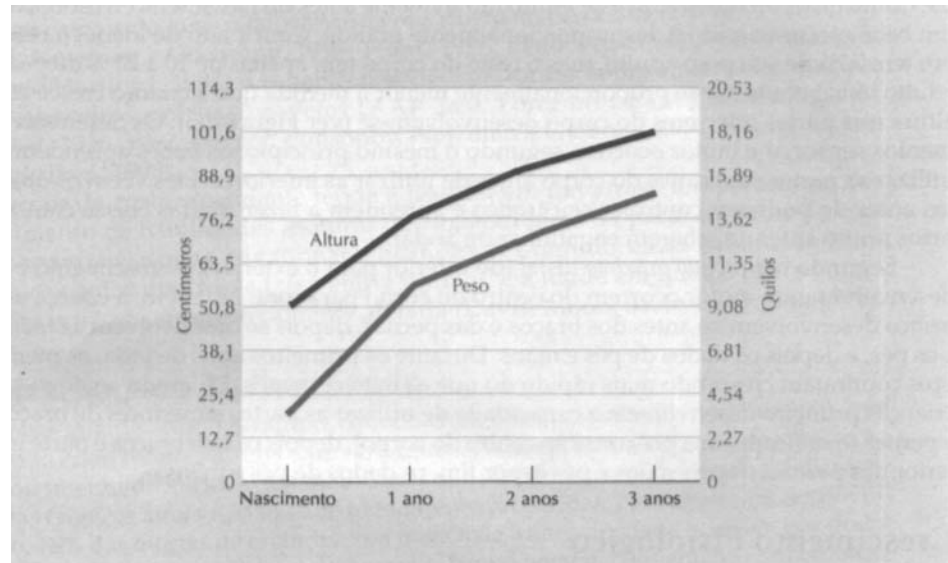


Figura 4-3

Mudanças nas proporções do corpo humano durante o crescimento. A mudança mais notável é a de que a cabeça torna-se menor em relação ao resto do corpo. As frações indicam o tamanho da cabeça em relação ao comprimento total do corpo nas várias idades. Mais sutil é a estabilidade da proporção do tronco (do pescoço até o ponto de junção das pernas). A proporção crescente das pernas é quase exatamente o reverso da proporção decrescente da cabeça.

Figura 4-4

Crescimento em altura e peso durante a primeira infância. Os bebês crescem mais rapidamente tanto em altura como em peso durante os primeiros meses de vida e então diminuem o ritmo de crescimento aos 3 anos.

**VERIFICADOR**

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir os padrões típicos de crescimento durante os primeiros três anos de vida?
- ✓ Discutir os fatores que afetam o crescimento?

recer entre o quinto e o nono mês de vida ou mais tarde ainda. No primeiro aniversário, os bebês geralmente têm de 6 a 8 dentes; com 2,6 anos, eles já têm 20.

Os genes herdados por um bebê exercem forte influência sobre o tipo corporal; eles ajudam a determinar se a criança será alta ou baixa, magra ou atarracada ou um meio termo entre os dois (Stunkard, Foch e Hrubec, 1986; Stunkard, Harris, Pedersen e McClearn, 1990). Essa influência genética interage com influências ambientais, como nutrição e condições de vida. Por exemplo, crianças norte-americanas japonesas são mais altas e mais pesadas do que crianças de mesma idade no Japão, provavelmente em função de diferenças alimentares (Broude, 1995). Aos 4 anos, algumas crianças africanas e asiáticas pesam 6 kg a menos e são 18 cm mais baixas do que crianças de mesma idade na Europa e Estados Unidos (Gardiner et al., 1998).

Na atualidade, com melhor nutrição e saneamento, juntamente com o declínio do trabalho infantil, as crianças dos países industrializados estão adquirindo maior altura e amadurecendo sexualmente em idade mais precoce do que há um século. A melhor assistência médica, em especial imunização e antibióticos, também contribui. As crianças que ficam doentes por muito tempo podem nunca atingir a estatura geneticamente programada porque talvez elas nunca compensem a perda de tempo de crescimento que sofreram enquanto estavam doentes.

Nutrição e Necessidades de Sono

Nutrição correta e sono adequado são essenciais para um crescimento saudável. As necessidades de alimentação e sono mudam de modo muito rápido, principalmente durante o primeiro ano de vida.

Alimentação Inicial

Desde os primórdios da história da humanidade, os bebês são amamentados. Uma mulher que não podia ou não queria amamentar seu bebê geralmente arrumava outra mulher, uma "ama-de-leite", para fazer isso. No início do século XX, com o advento da refrigeração e da pasteurização, fórmulas começaram a ser desenvolvidas para modificar e enriquecer o leite de vaca para consumo de bebês.

Durante os 50 anos seguintes, a alimentação com fórmula tornou-se a norma nos Estados Unidos e em alguns países industrializados. Em 1971, apenas 25% das mães norte-americanas tentavam amamentar. Desde então, o reconhecimento dos benefícios do leite materno causou uma inversão dessa tendência, de modo que hoje quase 60% das novas mães nos Estados Unidos amamentam (Ryan, 1997). Entretanto, menos de

22% ainda estão amamentando aos 6 meses, e muitas dessas suplementam o leite materno com fórmula (AAP Work Group on Breastfeeding, 1997). Em alguns países em desenvolvimento, onde a utilização da mamadeira tem sido promovida como um método mais moderno, algumas mães pobres diluem a fórmula, inadvertidamente pondo em perigo a saúde e a vida de seus bebês (Gardiner et al., 1998).

O leite materno é quase sempre o melhor alimento para recém-nascidos e é recomendando para pelo menos os primeiros 12 meses de vida. A única alternativa aceitável é uma fórmula fortificada com cálcio feita à base de leite de vaca ou proteína de soja e suplementada com vitaminas e sais minerais. O leite materno é mais digerível e mais nutritivo do que a fórmula, além de ser menos propenso a produzir reações alérgicas (AAP, 1989a, 1996; AAP Work Group on Breastfeeding, 1997; Eiger e Olds, 1999). O leite humano é uma fonte completa de nutrientes para pelo menos os primeiros seis meses; durante esse período, bebês alimentados ao seio normalmente não precisam de outros alimentos. Nem eles nem os bebês alimentados com fórmula precisam de água adicional (AAP Work Group on Breastfeeding, 1997).

As vantagens do leite materno para a saúde são marcantes durante os dois primeiros anos de vida e até posteriormente (Cunningham, Jelliffe e Jelliffe, 1991; J. Newman, 1995; Wright, Holberg, Taussig e Martinez, 1995). Entre as doenças prevenidas ou minimizadas pela amamentação estão a diarreia, as infecções respiratórias (como pneumonia e bronquite), otite média (infecção no ouvido) e infecções estafilocócicas, bacterianas e do trato urinário (AAP Work Group on Breastfeeding, 1997; Cunningham et al., 1991; Dewey, Heinig e Nommsen-Rivers, 1995; Newman, 1995; Scariati, Grummer-Strawn e Fein, 1997a). O leite materno também parece trazer benefícios na acuidade visual (Makrides, Neumann, Simmer, Pater e Gibson, 1995), no desenvolvimento neurológico (Lanting, Fidler, Huisman, Touwen e Boersma, 1994) e no desenvolvimento cognitivo (AAP Work Group on Breastfeeding, 1997; Horwood e Fergusson, 1998).

As mães que estão amamentando precisam ter tanto cuidado quanto as gestantes em relação ao que está presente em seu corpo. A amamentação é desaconselhável se a mãe estiver infectada com o vírus da AIDS, que pode ser transmitido pelo leite materno, especialmente durante os primeiros meses de vida; se ela tiver outra doença infecciosa; se ela tiver tuberculose ativa não-tratada; ou se ela estiver tomando algum remédio ou droga que não seja seguro para o bebê (AAP Committee on Drugs, 1994; AAP Committee on Infectious Diseases, 1994; AAP Work Group on Breastfeeding, 1997; Eiger e Olds, 1999; Miotti et al., 1999; WHO/UNICEF Constitution on HIV Transmission and Breastfeeding, 1992).

A amamentação é um ato tanto emocional quanto físico. O contato caloroso com o corpo da mãe fortalece o vínculo emocional entre a mãe e o bebê. Essa ligação também pode ocorrer através do aleitamento materno ou da mamadeira e através de muitas outras atividades de cuidado do bebê, que em sua maioria podem ser realizadas tanto pelo pai quanto pela mãe. A qualidade do relacionamento entre o genitor e a criança pode ser mais importante do que o método de alimentação.



O leite materno pode ser chamado de "alimento saudável perfeito," pois traz muitos benefícios aos bebês - físicos, cognitivos e emocionais.

Pense sobre isso . . .

- "Toda mãe que é fisicamente capaz deveria amamentar". Você concorda ou discorda? Justifique sua resposta.

Leite de Vaca, Alimentos Sólidos e Suco

Anemia por deficiência de ferro é o transtorno de nutrição mais comum em todo o mundo, afetando até um quarto de todos os bebês de 6 a 24 meses de idade nos Estados Unidos. Os bebês com anemia por deficiência de ferro obtêm piores resultados em testes cognitivos do que outros bebês. Eles também tendem a ser menos independentes, alegres, atentos e brincalhões e mais cautelosos e hesitantes, além de se cansarem mais facilmente (Lozoff et al., 1998). Os bebês alimentados com leite de vaca puro nos pri-

meios meses de vida podem sofrer de deficiência de ferro (Sadowitz e Oski, 1983), e, por isso, a Academia Americana de Pediatria (AAP, 1989b, 1996; AAP Committee on Nutrition, 1992b) recomenda que os bebês recebam leite materno ou, alternativamente, fórmula fortificada com ferro, pelo menos durante o primeiro ano.

Com 1 ano, os bebês podem passar para o leite de vaca se estiverem recebendo uma dieta suplementar de alimentos sólidos que forneça um terço do total de calorias ingeridas (AAP, 1989b). Para promover um bom crescimento, o leite deve ser integral, homogeneizado e fortificado com vitamina D, e não leite desnatado ou semidesnatado (com 1 ou 2% de gordura) (AAP, 1996).

Alimentos sólidos enriquecidos com ferro - normalmente começando-se com cereais - devem ser gradualmente introduzidos durante a segunda metade do primeiro ano (AAP Work Group on Breastfeeding, 1997). Nesse período, também pode-se introduzir o suco de frutas. Um estudo recente baseado em relatos de mães sobre as dietas de seus bebês (Skinner, Carruth, Moran, Houck e Coletta, 1999) não corrobora a idéia de que o suco em grande quantidade prejudica o crescimento (Smith e Lifshitz, 1994),

Mudanças nos Padrões de Sono

Em torno dos 3 meses, a maioria dos bebês fica mais desperto ao final da tarde e início da noite e começa a dormir a noite inteira. Aos 6 meses, mais da metade de seu sono ocorre à noite. O lugar onde dormem também pode mudar - talvez do quarto dos pais para um quarto próprio (ver Quadro 4-1). Nessa fase, o sono ativo representa apenas 30% do tempo total de sono, e a duração do ciclo torna-se mais regular (Coons e Guilleminault, 1982). A quantidade de sono REM continua diminuindo regularmente por toda a vida.

Variações culturais nos padrões de sono podem estar relacionadas às práticas de alimentação. Muitos pais norte-americanos controlam o horário da alimentação noturna, ou iniciam alimentos sólidos, para encorajar o sono noturno. Na zona rural do Quênia, as mães deixam que os bebês mamem à vontade, e bebês de 4 meses de idade continuam dormindo apenas 4 horas seguidas (Broude, 1995).

O Cérebro e o Comportamento Reflexo

O que faz com que os neonatos reajam ao mamilo? O que lhes diz para iniciar os movimentos de sucção que lhes permitem controlar sua ingestão de líquidos? Essas são funções do **sistema nervoso central** - cérebro e *medula espinal* (um feixe de nervos que percorrem a coluna vertebral) - e uma rede crescente de nervos periféricos que se estendem a todas as partes do corpo. Através dessa rede, mensagens sensoriais chegam ao cérebro, e comandos motores são enviados de volta.

Construindo o Cérebro

O crescimento do cérebro antes e após o nascimento e durante o período da infância é fundamental para seu futuro desenvolvimento físico, cognitivo e emocional. Através de diversos instrumentos de visualização cerebral, os pesquisadores estão podendo entender melhor como ocorre esse crescimento (Behrman, 1992; Casaer, 1993; Gabbard, 1996).^{*} Por exemplo, das imagens de tomografia por emissão de pósitrons (TEP) que mostram padrões do metabolismo da glicose, que são indicadores de alterações na atividade funcional, aprendemos que a maturação cerebral leva muito mais tempo do que se pensava (Chugani, 1998).

O cérebro no nascimento tem apenas cerca de 25% de seu futuro peso adulto de 1,5 kg. Ele atinge quase 70% desse peso até os 3 anos. Aos 6 anos, ele tem quase o tamanho adulto, mas o crescimento e o desenvolvimento funcional de partes específicas do cérebro continuam durante a idade adulta. Aumentos no peso e no volume do cérebro podem ser medidos antes do nascimento por ultra-som e depois do nascimento pela circunferência da cabeça do bebê. Essas medições são uma forma de verificar se o cérebro está crescendo normalmente.

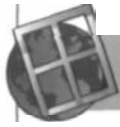
VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir as recomendações pediátricas concernentes ao leite materno *versus* fórmula e à introdução de leite de vaca, alimentos sólidos e suco de frutas?
- ✓ Dizer como os padrões de sono mudam depois dos primeiros meses e como a cultura pode influenciar essas mudanças?

sistema nervoso central
Cérebro e medula espinal.

^{*} Salvo quando indicado de outra forma, a discussão dessa seção baseia-se principalmente em Gabbard (1996).



Janela para o Mundo

Quadro 4-1 Costumes para Dormir

Existe considerável variação cultural nos sistemas de organização do sono dos recém-nascidos. Em muitas culturas, os bebês dormem no mesmo quarto onde a mãe dorme nos primeiros anos de vida e, muitas vezes, na mesma cama, facilitando a amamentação durante a noite (Broude, 1995). Nos Estados Unidos, é prática comum, refletindo as recomendações prevalecentes dos especialistas no cuidado de crianças, ter uma cama separada e um quarto separado para o bebê.

Alguns especialistas vêem benefícios no costume de dormir no mesmo aposento. Um grupo de pesquisadores que monitora os padrões de sono de mães e de seus bebês de 3 meses constatou que aqueles que dormem juntos tendem a acordar um ao outro durante a noite, sugerindo que isso pode evitar que o bebê durma por muito tempo e muito profundamente e tenha longas interrupções na respiração que poderiam ser fatais (McKenna e Mosko, 1993). Entretanto, a Força-tarefa sobre o Posicionamento do Bebê e a SMSL da Academia Americana de Pediatria (1997) não considerou convincentes tais evidências; ao contrário, a Força-tarefa descobriu que, em certas condições, como o uso de forro macio na cama, fumo ou abuso de drogas, dormir na mesma cama pode aumentar o risco de morte súbita (SMSL). Essa preocupação não é absolutamente nova: as autoridades eclesiásticas medievais proibiam os pais de dormir ao lado dos recém-nascidos por medo de sufocação (Nakajima e Mayor, 1996). No entanto, o Japão da atualidade, onde mães e bebês costumam dormir na mesma cama, apresenta uma das taxas mundiais mais baixas de SMSL (Hoffman e Hillman, 1992).

Sobre uma coisa não resta dúvida: o costume de dormir juntos favorece a amamentação ao seio. Os bebês que dormem com suas mães mamam aproximadamente três vezes mais durante a noite do que os bebês que dormem em camas separadas (McKenna, Mosko e Richard, 1997). Aninhando-se juntos, a mãe e o bebê ficam sintonizados com os sinais corporais sutis um do outro. As mães podem responder com mais rapidez e facilidade aos primeiros choramingos de fome do bebê, em vez de esperar que o choro do bebê fique forte o suficiente para ser ouvido do quarto ao lado.

Em entrevistas, pais norte-americanos de classe média e mães maias da zona rural da Guatemala revelaram seus valores e suas metas de educação ao explicarem seus costumes para dormir (Morelli, Rogoff, Oppenheim e Goldsmith, 1992). Os pais norte-americanos, entre os quais muitos mantinham seus bebês no mesmo quarto, mas não na mesma cama nos primeiros três a seis meses, diziam que mudavam os bebês para quartos separados porque queriam torná-los autoconfiantes e independentes. As mães maias mantinham os bebês em suas camas até o nascimento de um novo bebê, quando a criança mais velha passava a dormir com outro membro da família ou em outra cama no quarto da mãe. As mães maias valorizavam o íntimo relacionamento entre pais e filhos e ficavam chocadas com a idéia de colocar um bebê para dormir em um quarto sozinho.

Os valores da sociedade influenciam as atitudes e o comportamento dos pais. Ao longo deste livro veremos que essas atitudes e esses comportamentos culturalmente determinados influenciam as crianças de muitas maneiras.

O crescimento cerebral não é regular e contínuo; ele ocorre de maneira intermitente. Os **surtos de crescimento cerebral**, períodos de rápido crescimento e desenvolvimento, coincidem com mudanças no comportamento cognitivo (Fischer e Rose, 1994, 1995). As diferentes partes do cérebro crescem mais rapidamente em épocas diferentes.

Principais Partes do Encéfalo Aproximadamente duas semanas após a concepção, o encéfalo pouco a pouco se transforma de um longo tubo oco em uma massa esférica de células (ver Figura 4-5). Na época do nascimento, o surto de crescimento da medula espinal e do *tronco encefálico* (parte do cérebro responsável por funções corporais básicas, como respiração, frequência cardíaca, temperatura do corpo e ciclo de sono e vigília) já está quase no fim. O *cerebelo* (parte do encéfalo responsável pelo equilíbrio e coordenação motora) cresce mais rapidamente durante o primeiro ano de vida (Casaer, 1993).

O *cérebro*, que é a maior parte do encéfalo, divide-se em duas metades ou hemisférios, esquerdo e direito, cada um deles com funções especializadas. Essa especialização dos hemisférios é chamada de **lateralização**. O hemisfério esquerdo está envolvido principalmente com a linguagem e com o pensamento lógico, o hemisfério direito com as funções visuais e espaciais, como desenho e leitura de mapas. Os dois hemisférios ligam-se por um feixe espesso de tecido denominado *corpo caloso*, o qual lhes permite trocar informações e coordenar comandos. O corpo caloso cresce substancialmente durante a infância, atingindo o tamanho adulto aos 10 anos de idade.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Como você avalia as vantagens e desvantagens de um bebê dormir na mesma cama que os pais?

surtos de crescimento cerebral

Períodos de rápido crescimento e desenvolvimento cerebral.

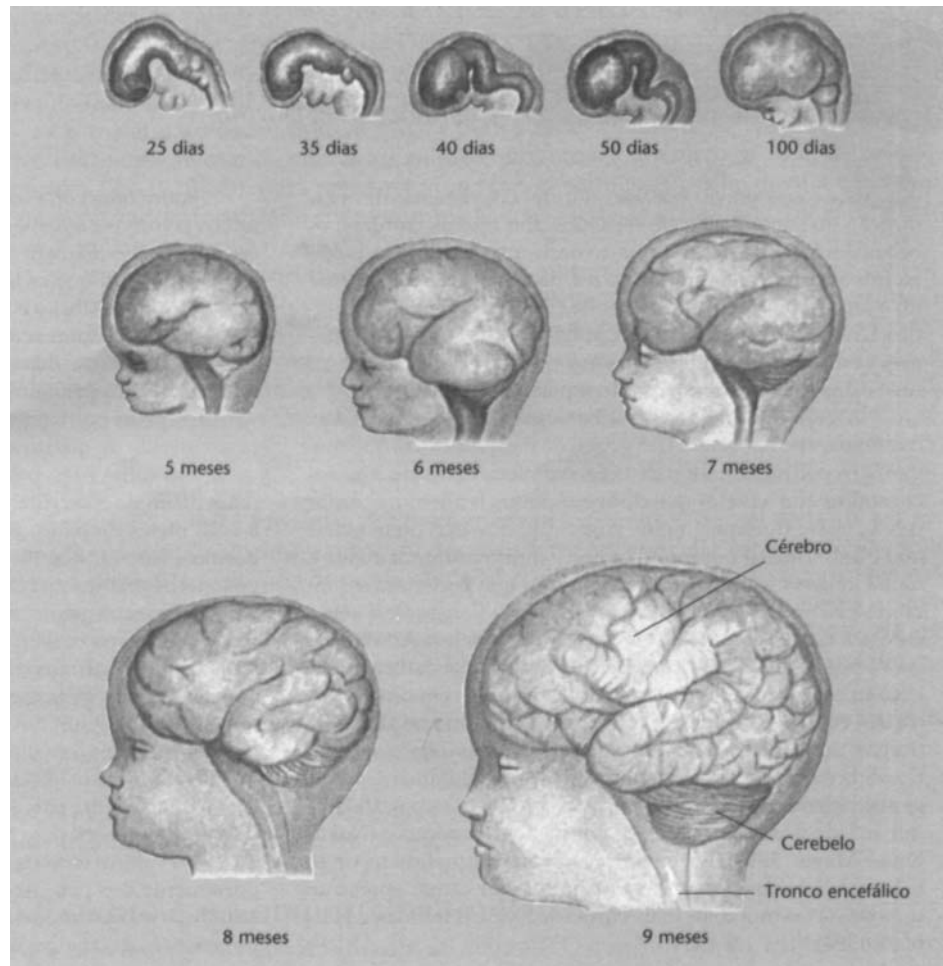
lateralização

Tendência de cada hemisfério cerebral de possuir funções especializadas.

Figura 4-5

Desenvolvimento encefálico do feto dos 25 dias de gestação ao nascimento. O tronco encefálico, que controla funções biológicas básicas, como a respiração, desenvolve-se primeiro. A medida que o encéfalo cresce, ocorre grande expansão de sua parte frontal para formar o cérebro (a grande massa superior em convolução). Áreas específicas da massa cinzenta (camada externa do encéfalo) têm funções específicas, como atividade sensória e motora; mas existem grandes áreas que são "descomprometidas" e, portanto, livres para atividade cognitiva superior, como pensar, lembrar e resolver problemas. O subcórtex (tronco encefálico e outras estruturas abaixo da camada cortical) controla o comportamento reflexo e outras funções de nível inferior. O cerebelo, que mantém o equilíbrio e a coordenação motora, cresce mais rapidamente durante o primeiro ano de vida.

(Fonte: Casaer, 1993; Restak, 1984.)



Cada hemisfério cerebral tem quatro lobos ou seções: os lobos *occipital*, *parietal*, *temporal* e *frontal*, que controlam diferentes funções (ver Figura 4-6) e desenvolvem-se em ritmos diferentes. As regiões do *córtex cerebral* (superfície externa do cérebro) que regem a visão e a audição estão maduras aos 6 meses de idade, mas as áreas do lobo frontal responsáveis pela realização de associações mentais, memória e produção de respostas motoras deliberadas permanecem imaturas por vários anos.

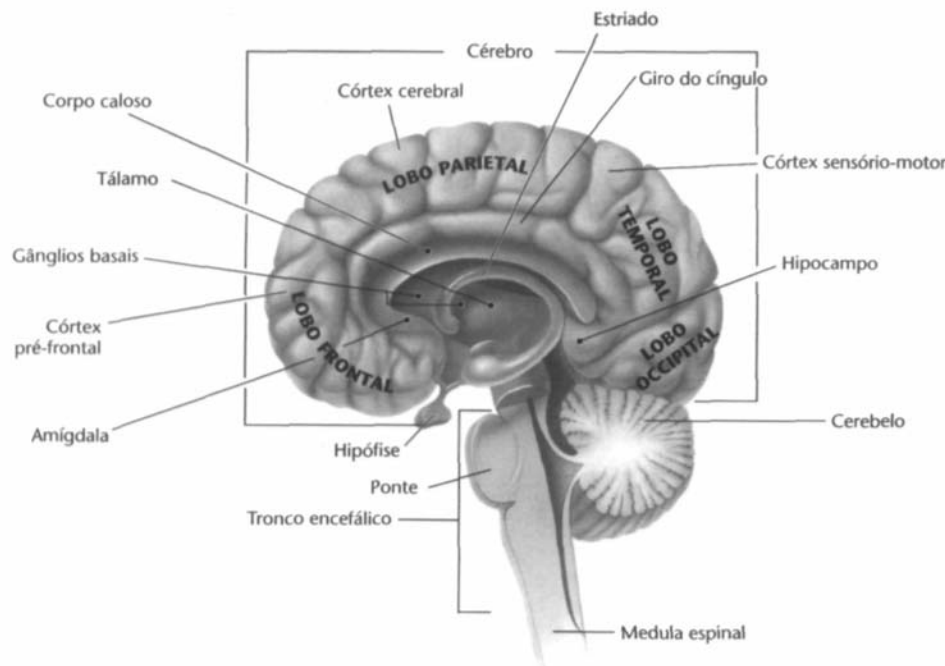
neurônios

Células nervosas.

Células Cerebrais O cérebro é composto de *neurônios* e *células gliais*. Os **neurônios** ou células nervosas enviam e recebem informações. As *células gliais* sustentam e protegem os neurônios.

A partir do segundo mês de gestação, estima-se que 250 mil neurônios imaturos são produzidos por minuto através de divisão celular (mitose); no nascimento, a maioria dos mais de 100 bilhões de neurônios de um cérebro maduro já estão formados; porém, ainda não estão completamente desenvolvidos. O número de neurônios aumenta mais rapidamente entre a vigésima quinta semana de gestação e os primeiros meses depois do nascimento. Essa proliferação celular é acompanhada por um grande crescimento no tamanho das células.

Originalmente os neurônios são simplesmente corpos celulares com um núcleo ou centro composto de ácido desoxirribonucléico (DNA), o qual contém a programação genética da célula. À medida que o cérebro cresce, essas células rudimentares migram para as diversas partes dele. Ali dão origem a *axônios* e *dendritos* - ex-

**Figura 4-6**

Partes do encéfalo, aspecto lateral. O encéfalo consiste de três partes principais: tronco encefálico, cerebelo e, acima deles, grande cérebro. O tronco encefálico, um prolongamento da medula espinal, é uma das regiões cerebrais mais plenamente desenvolvidas na época do nascimento. Ele controla funções corporais básicas, como respiração, circulação e reflexos. O cerebelo, a partir do nascimento, começa a controlar o equilíbrio e o tônus muscular; posteriormente ele coordena a atividade sensorio-motora. O cérebro constitui quase 70% do peso do sistema nervoso e controla o pensamento, a memória, a linguagem e a emoção. Ele se divide em duas metades ou hemisférios, cada um dos quais com quatro setores ou lobos (da direita para a esquerda): (a) O lobo occipital processa as informações visuais, (b) O lobo temporal auxilia a audição e a linguagem, (c) O lobo parietal permite que o bebê receba sensações táteis e informações espaciais, o que facilita a coordenação entre olhos e mãos. (d) O lobo frontal desenvolve-se gradualmente durante o primeiro ano, permitindo funções de nível superior como fala e raciocínio. O córtex cerebral, a superfície externa do cérebro, consiste de massa cinzenta; ele é a sede dos processos de pensamento e da atividade mental. Partes do córtex cerebral - o córtex sensorio-motor e do giro do cíngulo - bem como diversas estruturas profundas do cérebro, o tálamo, o hipocampo e os gânglios basais, todos os quais controlam movimentos e funções básicas, estão muito desenvolvidos na época do nascimento.

integração

Processo pelo qual os neurônios coordenam as atividades dos grupos musculares.

diferenciação

Processo pelo qual os neurônios adquirem estrutura e função especializadas.

morte celular

Eliminação do excesso de células cerebrais para obter um funcionamento mais eficiente.

tensões estreitas e ramificadas. Os axônios enviam sinais para outros neurônios, e os dendritos recebem mensagens enviadas por eles, através de *sinapses*, os elos de comunicação do sistema nervoso. As sinapses são lacunas diminutas, as quais são preenchidas com o auxílio de substâncias químicas denominadas *neurotransmissores*. Um determinado neurônio pode vir a ter de 5 a 100 mil conexões sinápticas para e dos receptores sensoriais do corpo, seus músculos e outros neurônios do sistema nervoso central.

A multiplicação de dendritos e conexões sinápticas, especialmente durante os últimos dois meses e meio de gestação e nos primeiros 6 meses a 2 anos de vida (ver Figura 4-7), é responsável por grande parte do aumento de peso do cérebro e permite a emergência de novas capacidades perceptivas, cognitivas e motoras. A maioria dos neurônios no córtex, que é responsável pelo funcionamento complexo de nível superior, estão presentes na vigésima semana de gestação, e sua estrutura torna-se razoavelmente bem definida durante as 12 semanas seguintes. Somente depois do nascimento, entretanto, as células começam a formar conexões que permitem que ocorra comunicação.

A medida que se multiplicam, migram para suas devidas posições e desenvolvem conexões, os neurônios sofrem os processos complementares de *integração* e *diferenciação*. Através da **integração**, os neurônios que controlam os diversos grupos de músculos coordenam suas atividades. Através da **diferenciação**, cada neurônio assume uma estrutura e função especializada específica.

Inicialmente o cérebro produz mais neurônios e sinapses do que necessita. Aqueles que não são utilizados ou que não funcionam bem se extinguem. O processo de **morte celular** ou eliminação de células excessivas começa durante o período pré-natal e continua após o nascimento (ver Figura 4-8), ajudando a criar um sistema nervoso eficiente. O número de sinapses parece alcançar o máximo em torno dos 2 anos de idade, e sua eliminação continua até a adolescência. Novas pesquisas sugerem que mesmo enquanto alguns neurônios se extinguem, outros podem continuar se formando durante a vida adulta (Erikson et al., 1998; Gould, Reeves, Graziano e Gross, 1999; ver Capítulo 17). As conexões entre células corticais continuam se aperfeiçoando até a idade adulta, permitindo um funcionamento cognitivo e motor mais flexível e mais avançado.

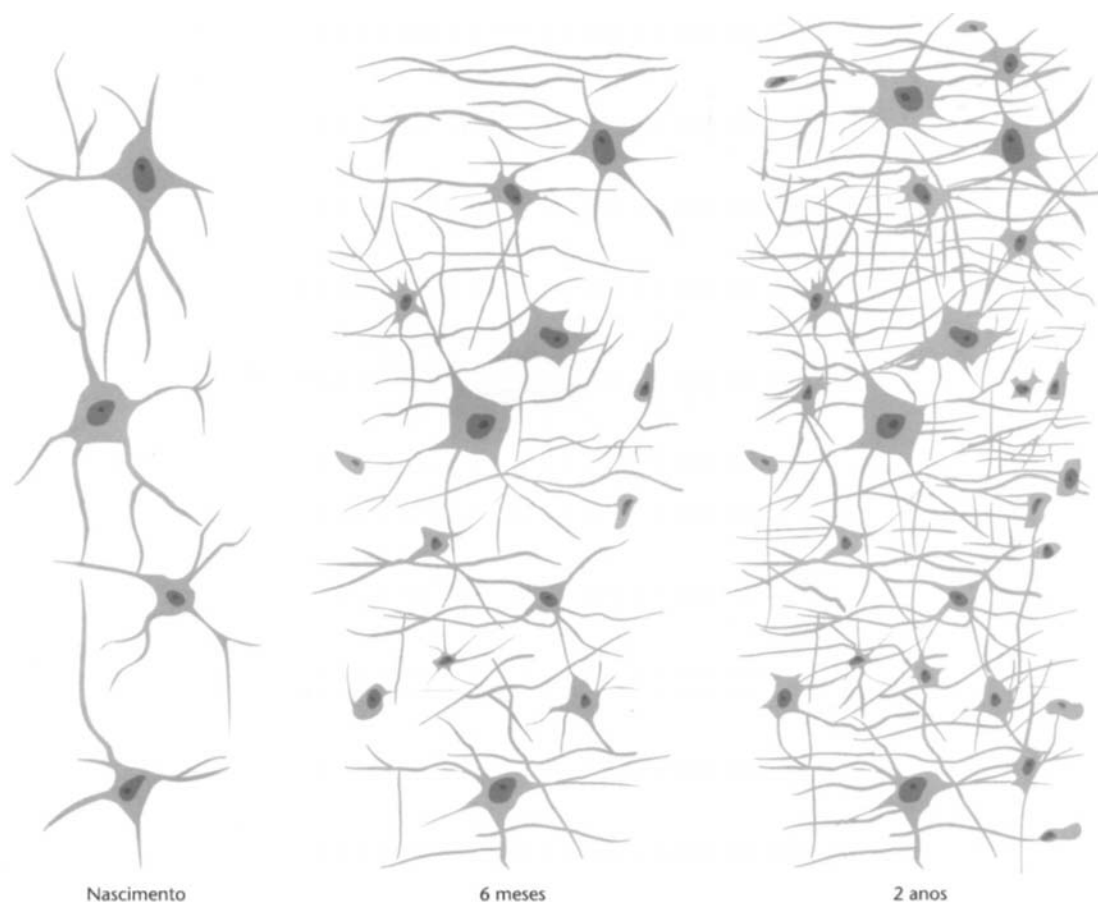


Figura 4-7

Crescimento das conexões neurais durante os primeiros 2 anos de vida. O rápido aumento na densidade e no peso do cérebro deve-se em grande medida à formação de dendritos, prolongamentos dos corpos das células nervosas, e das sinapses que as ligam. Esse aumento muito rápido na rede de comunicações surge em resposta à estimulação ambiental e possibilita um crescimento impressionante em todos os domínios de desenvolvimento.

mielinização

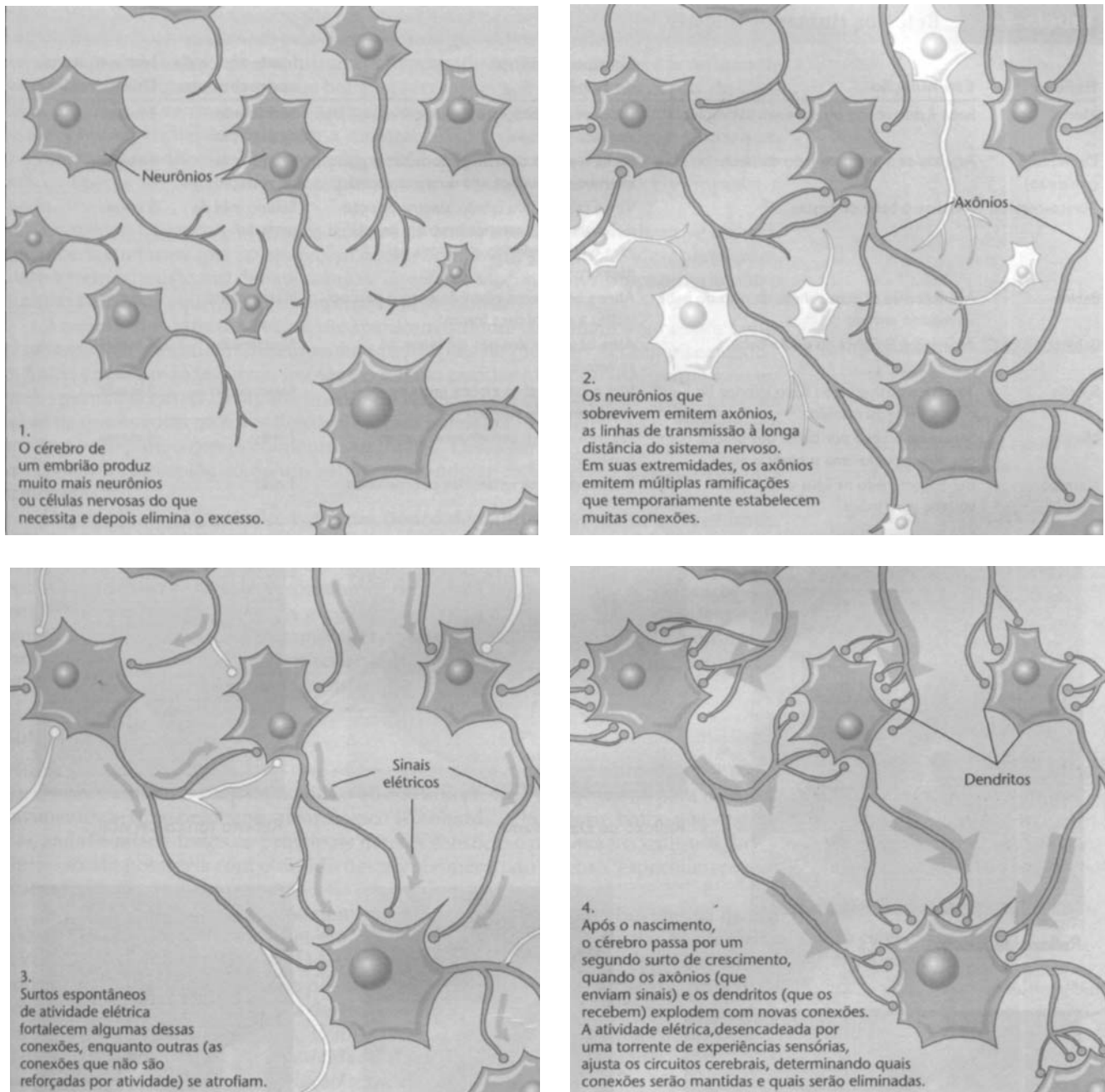
Processo de revestir os neurônios com uma substância gordurosa (mielina) que permite maior rapidez de comunicação entre as células.

Mielinização O aperfeiçoamento da eficiência de comunicação deve-se muito às células gliais, as quais revestem as rotas neurais de uma substância gordurosa chamada *mielina*. Esse processo de **mielinização** permite que os sinais sejam transmitidos com mais rapidez e regularidade, possibilitando um funcionamento maduro. A mielinização começa aproximadamente na metade da gestação em algumas partes do cérebro e continua até a idade adulta em outras. As rotas relacionadas com o sentido do tato - o primeiro a se desenvolver - já estão mielinizadas na época do nascimento. A mielinização das rotas visuais, que amadurecem mais lentamente, começa no nascimento e continua durante os primeiros 5 meses de vida. Rotas relacionadas com a audição podem começar a ser mielinizadas já no quinto mês de gestação, mas o processo não se completa antes dos 4 anos. As partes do córtex que controlam a atenção e a memória, que demoram mais para se desenvolver, não se encontram plenamente mielinizadas até o início da idade adulta. A mielinização em uma zona de retransmissão de informações do *hipocampo*, estrutura de localização profunda no lobo temporal que desempenha uma função essencial na memória, e formações relacionadas continuam aumentando até pelo menos os 70 anos (Benes, Turtle, Kahn e Farol, 1994).

A mielinização das rotas sensoriais e motoras, primeiramente na medula espinal do feto e, posteriormente, depois do nascimento, no córtex cerebral, pode explicar o aparecimento e desaparecimento dos primeiros reflexos.

Primeiros Comportamentos Reflexos

Quando bebês (ou adultos) piscam por causa de uma luz brilhante, eles estão agindo involuntariamente. Essas reações inatas automáticas à estimulação são chamadas de

**Figura 4-8**

Estrutura do cérebro: desenvolvimento das conexões neurais antes e depois do nascimento.

(Fonte: Nash, 1997, p. 51.)

comportamentos reflexos. Eles são controlados pelos centros cerebrais inferiores que controlam outros processos involuntários, como respiração e frequência cardíaca. Estas são as partes do cérebro que se encontram mais mielinizadas na época do nascimento. Os comportamentos reflexos desempenham um papel importante na estimulação do desenvolvimento inicial do sistema nervoso central e dos músculos.

Estima-se que os bebês humanos possuem 27 principais reflexos, muitos dos quais presentes na época do nascimento ou logo depois dele (Gabbard, 1996; ver Tabela 4-4 para exemplos). Os *reflexos primitivos*, como o de sucção e o de Moro (uma

comportamentos reflexos

Reações inatas, involuntárias e automáticas à estimulação.

Tabela 4-4 Reflexos Humanos Iniciais

Reflexo	Estimulação	Comportamento do bebê	Idade típica de aparecimento	Idade típica de desaparecimento
Moro	Bebê é derrubado ou ouve um estampido.	Estica pernas, braços e dedos; curva-se e joga a cabeça para trás.	Sétimo mês de gestação	3 meses
Darwiniano (preensão)	Acaricia-se a palma da mão do bebê.	Fecha o punho com força; pode ser erguido se ambos os punhos agarrarem um bastão.	Sétimo mês de gestação	4 meses
Tônico-cervical	Deita-se o bebê de costas.	Vira a cabeça para o lado, assume posição de "esgrimista", estende braços e pernas para o lado preferido e flexiona os membros opostos.	Sétimo mês de gestação	5 meses
Babkin	Acariciam-se as duas palmas da mão do bebê ao mesmo tempo.	Abre a boca, fecha olhos, flexiona o pescoço, inclina a cabeça para frente.	Nascimento	3 meses
Babinski	Acaricia-se a planta do pé do bebê.	Abre os dedos dos pés em leque; pé se retorçe.	Nascimento	4 meses
Sucção	Toca-se a bochecha ou lábio inferior do bebê com o dedo ou mamilo	Vira a cabeça; abre a boca, inicia os movimentos de sucção.	Nascimento	9 meses
Marcha	Segura-se o bebê por baixo dos braços, com pés nus tocando uma superfície plana.	Faz movimentos semelhantes aos do caminhar.	1 mês	4 meses
Natação	Bebê é colocado na água com o rosto voltado para baixo.	Faz movimentos natatórios coordenados.	1 mês	4 meses



Reflexo de Sucção



Reflexo de Darwiniano



Reflexo tônico-cervical



Reflexo de Moro



Reflexo de Babinski



Reflexo de Marcha

reação quando o bebê se sobressalta ou começa a cair) estão relacionados com as necessidades instintivas de sobrevivência e proteção. Alguns reflexos primitivos podem fazer parte do legado evolutivo da humanidade. Um exemplo é o reflexo de preensão, com o qual os macacos bebês agarram-se aos pêlos dos corpos de suas mães. Quando os centros cerebrais superiores tornam-se ativos, durante os primeiros 2 e 4 meses, os bebês começam a mostrar *reflexos posturais*: reações a mudanças de posição ou equilíbrio. Por exemplo, bebês que são inclinados para baixo estendem os braços no reflexo de pára-quedas, uma tentativa instintiva de impedir a queda.

Os *reflexos locomotores*, como os reflexos de andar e nadar, assemelham-se aos movimentos voluntários que só aparecem meses depois que os reflexos desapareceram. Como veremos, existe um debate sobre se os reflexos locomotores preparam ou não o caminho para seus equivalentes voluntários posteriores.

A maioria dos reflexos iniciais desaparecem durante os primeiros 6 meses a 1 ano. Os reflexos que continuam desempenhando funções de proteção - como piscar, bocejar, tossir, engasgar-se, espirrar, tremer e o reflexo pupilar (dilatação das pupilas no escuro) - permanecem. O desaparecimento de reflexos desnecessários na época prevista é sinal de que as rotas motoras do córtex foram parcialmente mielinizadas, permitindo uma transição para o comportamento voluntário. Dessa forma, podemos avaliar o desenvolvimento neurológico de um bebê verificando se certos reflexos estão presentes ou ausentes.

O que é normal, contudo, varia um pouco de cultura para cultura (Freedman, 1979). Por exemplo, diferenças aparecem no reflexo de Moro. Para provocar esse reflexo, levanta-se o corpo do bebê, apoiando-se sua cabeça. Retira-se então o apoio da cabeça, permitindo que ela caia. Neonatos brancos reflexamente estendem os braços e as pernas, choram com persistência e agitam-se. Os bebês navajos* não estendem seus membros da mesma maneira, raramente choram e param de se movimentar quase imediatamente. Como essas diferenças reflexas se apresentam logo após o nascimento, elas podem refletir variabilidade inata entre grupos étnicos.

Moldando o Cérebro

O surto de crescimento cerebral que se inicia aproximadamente no terceiro trimestre de gestação e continua até pelo menos o quarto ano de vida é importante para o desenvolvimento do funcionamento neurológico (Gabbard, 1996). Sorrir, balbuciar, engatinhar, andar e falar - todos os principais marcos sensórios, motores e cognitivos da infância - só são possíveis com o rápido desenvolvimento do cérebro, especialmente do córtex cerebral.

Até meados do século XX, os cientistas acreditavam que o cérebro crescia de um modo imutável, geneticamente determinado. Isso realmente parece estar muito perto da verdade antes do nascimento. Hoje, porém, acredita-se, sobretudo com base em estudos com animais, que o cérebro pós-natal é "moldado" pela experiência, principalmente durante os primeiros meses de vida, quando o córtex ainda está crescendo rapidamente e organizando-se (Black, 1998). O termo técnico para essa maleabilidade ou modificabilidade do cérebro é **plasticidade**. As primeiras conexões sinápticas, algumas das quais dependentes da estimulação sensorial refinam e estabilizam a "fiação" geneticamente determinada do cérebro. Assim, as experiências iniciais podem ter efeitos duradouros sobre a capacidade do sistema nervoso central de aprender e armazenar informações (Black, 1998; Chugani, 1998; Greenough, Black e Wallace, 1987; Pally, 1997; Wittrock, 1980).

Em uma série de experimentos, ratos foram criados em gaiolas com rodas para correr, pedras para subir, alavancas para manipular ou outros animais com os quais interagir. Esses animais foram então comparados com outros criados em gaiolas comuns ou em isolamento. Os animais "enriquecidos" apresentaram cérebros mais pesados com camadas corticais mais espessas, mais células no córtex visual, mais células complexas e níveis mais elevados de atividade neuroquímica, facilitando a formação de conexões sinápticas (Rosenzweig, 1984; Rosenzweig e Bennett, 1976).

Pela mesma lógica, o abuso ou empobrecimento sensorial pode deixar suas marcas no cérebro (Black, 1998). Em uma experiência, filhotes de gato com óculos que lhes

VERIFICADOR_____

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever as características mais importantes do desenvolvimento cerebral antes e depois do nascimento?
- ✓ Explicar as funções dos comportamentos reflexos inatos e por que alguns desses reflexos desaparecem nos primeiros meses de vida enquanto outros permanecem?

plasticidade

Modificabilidade ou "modelação" do cérebro através da experiência.

* N. do T.: Povo indígena norte-americano, localizado principalmente no Arizona e Novo México.

permitiam ver apenas linhas verticais eram, quando adultos, incapazes de ver linhas horizontais e batiam em tabuleiros horizontais à sua frente. Outros gatos, cujos óculos só lhes permitiam ver linhas horizontais, cresceram cegos para colunas verticais (Hirsch e Spinelli, 1970). Isso não aconteceu quando o mesmo procedimento foi realizado com gatos adultos. Ao que parece, os neurônios do córtex visual ficaram programados para responder somente a linhas que corressem na direção que os filhotes conseguiam ver. Portanto, se determinadas conexões corticais não são estabelecidas bem cedo na vida, esses circuitos podem "parar" para sempre.

O desenvolvimento emocional inicial pode igualmente depender da experiência. Bebês cujas mães estão profundamente deprimidas apresentam menos atividade no lobo frontal esquerdo, região cerebral envolvida com emoções positivas, como felicidade e alegria, e mais atividade no lobo frontal direito, associado a emoções negativas (Dawson, Klinger, Panagiotides, Hill e Spieker, 1992; Dawson, Frey, Panagiotides, Osterling e Hessel, 1997).

Às vezes, experiências corretivas podem compensar privações anteriores (Black, 1998). A plasticidade continua por toda a vida, já que os neurônios mudam de tamanho e forma em resposta à experiência ambiental (Diamond, 1988; Pally, 1997). Ratos com dano cerebral, quando criados em um ambiente enriquecido, desenvolvem mais conexões dendríticas (Diamond, 1988). Essas descobertas geraram tentativas bem-sucedidas de estimular o desenvolvimento físico e mental de crianças com síndrome de Down e ajudar vítimas de dano cerebral a recuperar funções.

Limitações éticas impedem a realização de experimentos controlados sobre os efeitos da privação ambiental sobre bebês humanos, mas a descoberta de milhares de bebês e crianças pequenas que passaram praticamente toda a vida em orfanatos romenos superlotados ofereceu a oportunidade de realizar um experimento natural (Ames, 1997). Descobertas após a queda do ditador Nicolae Ceausescu em dezembro de 1989, essas crianças abandonadas pareciam famintas, inertes e sem emoção. Elas tinham passado muito tempo deitadas em silêncio em seus berços ou camas, sem nada para ver. Tinham pouco contato entre si ou com seus cuidadores e nunca ouviram muita conversação ou mesmo barulho. A maioria das crianças de 2 ou 3 anos não andava ou não falava, e as crianças maiores brincavam a esmo. Tomografias de seus cérebros mostraram extrema inatividade nos lobos temporais, que regulam as emoções e recebem dados sensoriais.

Muitas dessas crianças foram adotadas por famílias estrangeiras. Os pesquisadores da Universidade de Simon Fraser de British Columbia estudaram 46 crianças, de 8 meses a 5 anos e 6 meses, que foram adotadas por casais canadenses (Ames, 1997; Morison, Ames e Chisholm, 1995). Na época de adoção, todas as crianças apresentavam atrasos no desenvolvimento motor, lingüístico e psicossocial, e quase 80% delas estavam atrasadas em todas essas áreas. Três anos depois, quando comparadas com crianças que ficaram nos orfanatos romenos, elas apresentavam um progresso notável. Mesmo quando comparadas com crianças canadenses criadas em seus próprios lares desde o nascimento, aproximadamente um terço não tinha nenhum problema sério e estava bem - em alguns casos até melhor do que uma criança mediana criada em casa. Outro terço delas - geralmente aquelas que permaneceram internadas por mais tempo - ainda tinha sérios problemas de desenvolvimento. O restante estava encaminhando-se para comportamento e desempenho normais.

Outro estudo, contudo, sugere que a idade de adoção faz diferença. Entre 111 crianças romenas adotadas na Inglaterra antes dos 2 anos de idade, as que foram adotadas *antes* dos 6 meses haviam recuperado-se fisicamente e tinham tido uma recuperação cognitiva total aos 4 anos, quando comparadas com um grupo-controle de crianças adotivas inglesas. Entretanto, 85% das crianças adotivas inglesas eram cognitivamente mais desenvolvidas do que uma criança romena mediana adotada *depois* dos 6 meses de idade (Rutter e the English and Romanian Adoptees [ERA] Study Team, 1998). Parece, portanto, que a estimulação ambiental precisa ocorrer muito cedo para que os efeitos da privação extrema sejam plenamente superados.

Pense sobre isso . . .

- Considerando-se o que hoje se sabe sobre a plasticidade do cérebro de um bebê, será um dever da sociedade garantir que todo bebê tenha acesso a um ambiente adequadamente estimulante? Nesse caso, como isso pode e deve ser feito?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir o papel das primeiras experiências no crescimento e no desenvolvimento cerebral?

Capacidades Sensoriais Iniciais

"Assaltado pelos olhos, ouvidos, nariz, pele e entranhas ao mesmo tempo, o bebê sente que tudo é uma total confusão estonteante", escreveu o psicólogo William James em 1890. Hoje sabemos que isso está longe de ser verdade. O cérebro em desenvolvimento permite que os recém-nascidos entendam bastante bem o que tocam, enxergam, cheiram, degustam e ouvem; seus sentidos desenvolvem-se rapidamente nos primeiros meses de vida.



Indicador

Como os sentidos desenvolvem-se durante a primeira infância?

Tato e Dor

O tato parece ser o primeiro sentido a se desenvolver e, durante os primeiros meses de vida, é o sistema sensorio mais maduro. Quando se acaricia a bochecha de um recém-nascido faminto perto da boca, o bebê reage tentando encontrar um mamilo. Os primeiros sinais desse reflexo de sucção (ver Tabela 4-4) aparecem no útero, dois meses após a concepção. Com 32 semanas de gestação, todas as partes do corpo são sensíveis ao toque, e essa sensibilidade aumenta durante os primeiros cinco dias de vida (Haith, 1986).

Muitas vezes, os médicos que realizam cirurgias em bebês recém-nascidos deixam de aplicar anestesia por causa da crença errônea de que os neonatos não sentem dor, ou só a sentem brevemente. Na verdade, mesmo no primeiro dia de vida, os bebês podem sentir e sentem dor, e sua sensibilidade à dor aumenta durante os dias seguintes. Além disso, a experiência de dor durante o período neonatal pode sensibilizar um bebê para a dor, talvez por afetar as rotas neurais que processam estímulos dolorosos. Em um estudo, bebês de 4 e 6 meses de idade tinham reações mais intensas à dor da vacinação do que bebês não-circuncidados; a reação era nula entre bebês previamente tratados com um creme analgésico antes de serem circuncidados (Taddio, Katz, Illersich e Koren, 1997). A Academia Americana de Pediatria (1999) atualmente sustenta que o uso de analgésicos é essencial durante a circuncisão.

Olfato e Paladar

Os sentidos do olfato e paladar também começam a desenvolver-se no útero (ver Capítulo 3). Os sabores e os aromas dos alimentos que a gestante consome podem ser transmitidos para o feto através do líquido amniótico. Depois do nascimento, uma transmissão semelhante ocorre pelo leite materno (Mennela e Beauchamp, 1996b).

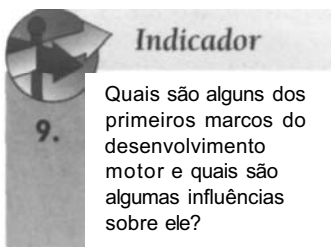
Os recém-nascidos parecem demonstrar por sua expressão que gostam do cheiro de baunilha e morangos, mas não gostam do cheiro de ovos podres ou peixe (Steiner, 1979). A preferência por odores agradáveis parece ser adquirida no útero e durante os primeiros dias depois do nascimento, e os odores transmitidos pelo leite materno podem contribuir para esse aprendizado (Bartoshuk e Beauchamp, 1994).

Bebês de 6 dias que são amamentados preferem o cheiro do peito de sua própria mãe do que o de uma outra mulher, o que não ocorre com bebês de 2 dias, sugerindo que os bebês precisam da experiência de alguns dias para aprender como é o cheiro de suas mães (Macfarlane, 1975). Bebês alimentados com mamadeira não fazem essa distinção (Cernoch e Porter, 1985). Essa preferência pela fragrância do seio da mãe poderia ser um mecanismo de sobrevivência.

Certas preferências gustativas parecem ser predominantemente inatas (Bartoshuk e Beauchamp, 1994). Os recém-nascidos preferem sabores adocicados a sabores amargos ou azedos. Quanto mais doce o líquido, mais eles bebem e com mais afinco (Haith, 1986). A água adocicada acalma o choro de recém-nascidos, tanto de termo completo quanto de pré-termo de duas a três semanas - prova de que não apenas as próprias papilas gustativas (que parecem estar bem desenvolvidas nas 20 semanas de gestação), mas os mecanismos que produzem esse efeito calmante estão funcionando antes do termo normal (Smith e Blass, 1996). O gosto por doces no recém-nascido pode ajudar o bebê a se adaptar à vida fora do útero, pois o leite materno é bastante adocicado. A rejeição dos recém-nascidos aos sabores amargos é provavelmente um mecanismo de sobrevivência, pois muitas substâncias amargas são tóxicas (Bartoshuk e Beauchamp, 1994).

VERIFICADOR**Você é capaz de...**

- ✓ Apresentar evidências do desenvolvimento precoce do sentido do tato?
- ✓ Apresentar evidências dos sentidos do olfato e paladar no recém-nascido e dizer como a amamentação desempenha um papel em seu desenvolvimento?
- ✓ Explicar como a discriminação auditiva nos recém-nascidos está relacionada com a audição fetal?
- ✓ Relacionar pelo menos três aspectos em que a visão nos recém-nascidos está subdesenvolvida?

**sistemas de ação**

Combinações cada vez mais complexas de habilidades mais simples previamente adquiridas, as quais permitem uma gama mais ampla ou mais precisa de movimentos e maior controle do ambiente.

Audição

A audição também está em funcionamento antes do nascimento; os fetos respondem aos sons e parecem aprender a reconhecê-los. Como descrevemos no Capítulo 3, bebês com menos de 3 dias de vida reagem de modo distinto a uma história que ouviram enquanto estavam no útero e a outras histórias, mamando mais em um mamilo que ativa uma gravação da história que ouviram no período pré-natal (DeCasper e Spence, 1986). Eles também são capazes de distinguir a voz da mãe da de um estranho e preferem sua língua nativa a uma língua estrangeira (DeCasper e Fifer, 1980; Moon, Cooper e Fifer, 1993). O precoce reconhecimento de vozes e linguagem ouvidas no útero pode estabelecer a base para o relacionamento entre os pais e a criança.

A discriminação auditiva desenvolve-se rapidamente após o nascimento. Bebês com 3 dias de vida são capazes de distinguir novos sons da fala de outros que haviam ouvido antes (Brody, Zelazo & Chaika, 1984). Com 1 mês, os bebês podem discriminar sons tão parecidos quanto "ba" e "pa" (Eimas, Siqueland, Jusczyk e Vigorito, 1971).

Visão

A visão é o sentido menos desenvolvido no nascimento. Os olhos de recém-nascidos são menores do que os dos adultos, as estruturas retinianas estão incompletas, e o nervo ótico não está totalmente desenvolvido. Recém-nascidos piscam diante de luzes brilhantes. Sua visão periférica é muito estreita; ela aumenta mais do que o dobro entre a segunda e décima semana de idade (Tronick, 1972). A capacidade de acompanhar um objeto em movimento com os olhos também se desenvolve rapidamente nos primeiros meses, assim como a percepção de cores. Aproximadamente aos 2 meses, os bebês sabem distinguir o verde do vermelho; com cerca de 3 meses, podem distinguir o azul (Haith, 1986). Bebês de 4 meses sabem identificar o vermelho, o verde, o azul e o amarelo. Como a maioria dos adultos, eles preferem o vermelho e o azul (Bornstein, Kessen e Weiskopf, 1976; Teller e Bornstein, 1987).

A visão torna-se mais aguda durante o primeiro ano de vida, chegando ao nível de 20/20 aproximadamente aos 6 meses (Aslin, 1987). (Essa medida de visão significa que uma pessoa é capaz de identificar as letras em uma linha específica de um quadro-padrão a uma distância de 20 pés ou 6,1 m.) A *visão binocular* - utilização dos dois olhos para focalizar, o que permite a percepção de profundidade e distância - geralmente não se desenvolve antes dos 4 ou 5 meses (Bushnell e Boudreau, 1993).

Desenvolvimento Motor

Os bebês não precisam aprender habilidades motoras básicas como agarrar, engatinhar e andar. Eles só precisam de espaço para se movimentar e liberdade para ver o que podem fazer. Quando o sistema nervoso central, os músculos e os ossos estão preparados e o ambiente oferece as devidas oportunidades de exploração e prática, os bebês surpreendem os adultos a seu redor com suas novas capacidades.

Marcos do Desenvolvimento Motor

O desenvolvimento motor é caracterizado por uma série de "marcos": capacidades que a criança adquire antes de avançar para outras, mais difíceis. Esses marcos não são realizações isoladas; eles se desenvolvem sistematicamente, e cada capacidade adquirida prepara o bebê para lidar com a seguinte. Os bebês primeiramente adquirem habilidades simples e depois as combinam em **sistemas de ação** cada vez mais complexos, os quais permitem uma gama mais ampla ou mais precisa de movimentos e um controle mais eficiente do ambiente. No desenvolvimento da ação de agarrar com precisão, o bebê primeiro tenta pegar as coisas com a mão inteira, fechando os dedos sobre a palma da mão (*movimento ulnar*); posteriormente, o bebê aprende o *movimento em pinça*, no qual as pontas do polegar e do indicador encontram-se formando um círculo, tornando possível pegar objetos diminutos. Ao aprender a caminhar, o bebê primeiro adquire controle dos movimentos separados dos braços, pernas e pés antes de juntar esses movimentos para dar aquele primeiro passo importante.



Erguer e segurar a cabeça quando deitado de bruços, engatinhar pelo chão para alcançar alguma coisa atraente, como o rabo peludo de um gato, e caminhar suficientemente bem para empurrar um carrinho de bonecas, estes são importantes marcos iniciais do desenvolvimento motor.

O **Teste de Avaliação do Desenvolvimento de Denver** (Frankenburg, Dodds, Fandal, Kazuk e Cohrs, 1975) é usado para acompanhar o desenvolvimento normal entre as idades de 1 mês e 6 anos e identificar as crianças que não estão desenvolvendo-se normalmente. O teste mede as **habilidades motoras gerais** (aquelas que utilizam os músculos maiores), como virar-se e pegar uma bola, e as **habilidades motoras refinadas** (que utilizam os músculos menores), como pegar um chocalho e copiar um círculo. Ele também avalia o desenvolvimento lingüístico (por exemplo, saber a definição das palavras) e o desenvolvimento social e da personalidade (como sorrir espontaneamente e vestir-se sem auxílio).

Aversão mais recente, a Escala Denver II (Frankenburg et al., 1992), inclui normas revistas (ver Tabela 4-5 para exemplos). Considera-se que uma criança tem atraso de desenvolvimento quando ela ainda não consegue fazer algo que 90% das crianças de mesma idade já sabem fazer.

Quando falamos sobre o que um bebê "mediano" sabe fazer, referimo-nos às normas de 50% de Denver. Na verdade, a normalidade distribui-se em uma ampla faixa; cerca de metade de todos os bebês dominam essas habilidades antes das idades indicadas, e cerca de metade, depois. Além disso, as normas de Denver foram desenvolvidas com referência a uma população ocidental e não são necessariamente válidas para avaliar crianças de outras culturas. Por exemplo, crianças do sudeste asiático que foram submetidas ao exame de Denver não brincavam de *pat-a-cake**, não colhiam passas de uva e não se vestiam sozinhas nas idades esperadas (Miller, Onotera e Deinard, 1984). Contudo, isso não indicava desenvolvimento lento: em sua cultura, as crianças não

Teste de Avaliação do Desenvolvimento de Denver

Teste aplicado em crianças de 1 mês a 6 anos para determinar se elas estão desenvolvendo-se normalmente; avalia as habilidades motoras gerais, as habilidades motoras finas, o desenvolvimento lingüístico e o desenvolvimento social e da personalidade.

habilidades motoras gerais

Habilidades físicas, como pular e correr, que envolvem os músculos maiores.

habilidades motoras refinadas

Habilidades, como copiar figuras e abotoar, as quais envolvem os músculos menores e a coordenação entre os olhos e as mãos.

* N. do T.: *Pat-a-cake*: brincadeira infantil na qual a criança bate palmas sozinha ou com outra criança enquanto se canta uma canção infantil.

Tabela 4-5 Marcos do Desenvolvimento Motor

Habilidade	50%	90%
Revirar-se	3,2 meses	5,4 meses
Pegar um chocalho	3,3 meses	3,9 meses
Sentar-se sem apoio	5,9 meses	6,8 meses
Ficar de pé com apoio	7,2 meses	8,5 meses
Agarrar com polegar e indicador	8,2 meses	10,2 meses
Ficar de pé de modo seguro	11,5 meses	13,7 meses
Caminhar bem	12,3 meses	14,9 meses
Construir torre de dois cubos	14,8 meses	20,6 meses
Subir degraus	16,6 meses	21,6 meses
Pular no mesmo lugar	23,8 meses	2,4 anos
Copiar um círculo	3,4 anos	4 anos

Nota: Esta tabela apresenta as idades aproximadas em que 50 e 90% das crianças conseguem realizar cada tarefa, segundo o Manual de Treinamento de Denver II.

Fonte: Adaptado de Frankenburg et al., 1992.

brincam de *pat-a-cake*; passas de uva são parecidas com um remédio que elas são ensinadas a evitar; seus pais continuam ajudando-as a se vestir por muito mais tempo do que os pais ocidentais.

A medida que seguimos a típica evolução no controle da cabeça, controle da mão e locomoção, note como esses desenvolvimentos seguem os princípios *cefalo-caudal* (cabeça para a cauda) e *próximo-distal* (do centro para fora) descritos anteriormente.

Controle da Cabeça Ao nascer, a maioria dos bebês é capaz de virar a cabeça de um lado para o outro enquanto estão deitados de costas. De bruços, muitas delas são capazes de erguer a cabeça o suficiente para virar-se. Entre 2 e 3 meses, conseguem levantar a cabeça cada vez mais alto - às vezes até perderem o equilíbrio e rolar sobre as costas. Com 4 meses de idade, quase todos os bebês conseguem manter a cabeça ereta enquanto alguém os segura, ou enquanto estão sentados com apoio.

Controle da Mão Os neonatos nascem com o reflexo de preensão. Ao acariciarmos a palma da mão de um bebê, sua mão fecha-se com força. Aproximadamente aos 3 meses e meio, a maioria dos bebês consegue pegar um objeto de tamanho moderado, como um chocalho, mas tem dificuldade para segurar um objeto pequeno. Depois eles começam a pegar os objetos com uma mão e passá-los para a outra e depois seguram (mas não recolhem) pequenos objetos. Em algum momento entre os 7 e os 11 meses, suas mãos adquirem coordenação suficiente para pegar um objeto diminuto, como uma ervilha, com um movimento semelhante ao de uma pinça. Depois disso, o controle da mão torna-se cada vez mais preciso. Aos 15 meses, o bebê mediano sabe construir uma torre de dois cubos. Alguns meses depois do terceiro aniversário, uma criança mediana sabe copiar um círculo razoavelmente bem.

Locomoção Depois dos 3 meses de idade, o bebê mediano começa a revirar-se deliberadamente (e não acidentalmente, como antes) - primeiro de bruços para ficar de costas e depois de costas para ficar de bruços. Um bebê mediano pode ficar sentado sem apoio aos 6 meses e consegue sentar-se sozinho cerca de 2 meses e meio depois.

Entre 6 e 10 meses, a maioria dos bebês começa a se deslocar por sua própria conta, engatinhando e rastejando de diversas maneiras. Essa nova capacidade de autolocomoção tem extraordinárias implicações cognitivas e psicossociais (ver Quadro 4-2).

Apoiando-se em alguém ou em algum móvel, o bebê mediano pode ficar de pé com um pouco mais de 7 meses de idade. Aproximadamente quatro meses depois, após prática constante de colocar-se em posição ereta, a maioria dos bebês consegue se soltar e ficar de pé sozinho. Em média, os bebês conseguem ficar de pé tranquilamente cerca de duas semanas ou algo assim antes do primeiro aniversário.

**Quadro 4-2****As Implicações de Longo Alcance do Engatinhar**

Entre os 7 e 9 meses, os bebês mudam muito em vários aspectos. Eles mostram compreensão de conceitos como "perto" e "longe". Imitam comportamentos mais complexos e mostram novos medos, mas também demonstram um novo senso de segurança em torno de seus pais ou outras pessoas que lhes cuidam. Uma vez que essas mudanças envolvem tantas funções e processos psicológicos diferentes e ocorrem durante um espaço de tempo tão curto, alguns observadores as relacionam todas com uma reorganização da função cerebral. Esse desenvolvimento neurológico pode ser desencadeado por uma habilidade que surge nessa época: a capacidade de engatinhar, a qual torna possível deslocar-se de modo independente. Engatinhar foi chamado de "evento de preparação", pois prepara o palco para outras mudanças no bebê e em seus relacionamentos com o ambiente e com as pessoas (Bertenthal e Campos, 1987; Bertenthal, Campos e Barrett, 1984; Bertenthal, Campos e Kermoian, 1994).

Engatinhar exerce uma influência poderosa no desenvolvimento cognitivo de um bebê ao dar à criança uma nova visão do mundo. Os bebês tornam-se mais sensíveis ao lugar dos objetos, seu tamanho, se podem ou não ser movidos e a sua aparência. Engatinhar ajuda os bebês a aprender a julgar distâncias e perceber profundidade. Ao deslocarem-se, eles vêem que as pessoas e os objetos parecem diferentes quando estão perto ou longe. Os bebês que engatinham sabem diferenciar formas semelhantes, mas distintas em cor, tamanho ou lo-

calização (J. Campos, Bertenthal e Benson, 1980). Os bebês têm mais êxito para encontrar um brinquedo escondido em uma caixa quando engatinham em torno dela do que quando são levados a seu redor (Benson e Uzgiris, 1985).

A capacidade de engatinhar coloca os bebês em novas situações. A medida que adquirem mais autonomia, eles começam a ouvir avisos como "Volte aqui!" e "Não mexa aí!". Eles recebem auxílio amoroso quando os adultos os pegam e colocam em uma nova direção, mais segura. Eles aprendem a olhar o cuidador para saber se uma situação é segura ou assustadora - habilidade conhecida como referencial social (ver Capítulo 6). Os bebês que engatinham utilizam mais referencial social do que aqueles que ainda não começaram a engatinhar (J. B. Garland, 1982). Os bebês que engatinham também podem desenvolver o medo de altura; eles aprendem a sentir medo dos lugares de onde podem cair.

A capacidade de ir de um lugar para o outro também tem outras implicações emocionais e sociais. Os bebês que engatinham não são mais "prisioneiros" de um lugar. Caso Ashely queira ficar perto da mãe e longe de um cão estranho, ela pode ir para perto dela e para longe do cão. Esse é um passo importante no desenvolvimento do senso de domínio, o qual aumenta a autoconfiança e a auto-estima.

Assim, o marco físico de engatinhar têm efeitos de longo alcance ao auxiliar os bebês a ver e reagir a seu mundo de novas maneiras.

Todos estes desenvolvimentos são marcos no caminho rumo à maior realização motora da infância: caminhar. Os seres humanos começam a caminhar mais tarde do que outras espécies, possivelmente porque a cabeça pesada e as pernas curtas do bebê dificultam o equilíbrio. Durante os meses antes de poderem ficar de pé sem se apoiar, os bebês se "aventuram" apoiando-se em móveis. Logo depois de poderem ficar de pé sozinhos, aproximadamente aos 11 meses e meio, a maioria dos bebês dá seus primeiros passos sem auxílio. Dentro de algumas semanas, logo após o primeiro aniversário, a criança está caminhando bem.

Durante o segundo ano, as crianças começam a subir degraus um de cada vez, colocando um pé e depois o outro em cada degrau; mais tarde, elas alternarão os pés. Descer escadas vêm depois. No segundo ano de vida, as crianças correm e pulam. Aos 3 anos e 6 meses, a maioria das crianças é capaz de se equilibrar brevemente em um dos pés e pular.

Como Ocorre o Desenvolvimento Motor: A Maturação em Contexto

De modo tradicional, considerava-se que a sequência que acabamos de descrever era geneticamente programada - uma série basicamente automática e pré-ordenada de etapas conduzida pelo cérebro em amadurecimento. Hoje, muitos pesquisadores do desenvolvimento consideram essa visão muito simplista. Em lugar disso, segundo Esther Thelen (1995), o desenvolvimento motor é um processo contínuo de interação entre o bebê e o ambiente.

Como evidência das falhas da teoria de maturação, Thelen aponta para o *reflexo de marcha*: movimentos semelhantes a passos que o neonato faz quando mantido ereto com os pés tocando uma superfície. Esse comportamento, em geral, desaparece no

quarto mês; somente no período final do primeiro ano, quando o bebê está ficando pronto para andar, esses movimentos voltam a aparecer. A explicação usual é a de uma transição para o controle cortical: o caminhar deliberado de um bebê mais velho é visto como uma nova habilidade dominada pelo cérebro em desenvolvimento. Porém, observa Thelen, os passos de um recém-nascido envolvem os mesmos tipos de movimentos que os neonatos fazem enquanto estão deitados chutando. Por que os passos param para reaparecer meses mais tarde, enquanto que os chutes continuam? A resposta, sugere ela, pode ser a de que as pernas dos bebês tornam-se mais grossas e pesadas durante os primeiros meses, mas ainda não são suficientemente fortes para suportar o maior peso (Thelen e Fisher, 1982, 1983). Na verdade, quando bebês pequenos são suspensos em água morna, o que ajuda a suportar as pernas, os passos reaparecem. A capacidade de produzir o movimento não mudou - somente as condições físicas e ambientais que o inibem ou promovem.

A maturação sozinha não pode explicar adequadamente essas observações, diz Thelen. Bebê e ambiente formam um sistema interligado, e o desenvolvimento tem causas interativas. Uma delas é a motivação do bebê para fazer alguma coisa (digamos, pegar um brinquedo ou chegar ao outro lado de uma sala). As características físicas do bebê e sua posição em um determinado ambiente (por exemplo, deitado no berço ou ser mantido ereto numa piscina) oferecem oportunidades e limites que influenciam se e como a meta pode ser atingida. Por fim, surge uma solução como resultado de experimentar comportamentos e preservar aqueles que mais eficientemente atingem o objetivo. Em vez de ser o único responsável pelo processo, diz Thelen, o cérebro é apenas uma parte dele.

Segundo Thelen, os bebês normais desenvolvem as mesmas habilidades na mesma ordem porque são construídos mais ou menos da mesma maneira e têm desafios e necessidades físicas semelhantes. Assim, eles descobrem com o tempo que caminhar é mais eficiente do que engatinhar na maioria das situações. A idéia de que essa descoberta surge a partir de cada experiência particular do bebê em um determinado ambiente pode ajudar a explicar por que alguns bebês aprendem a caminhar mais cedo do que outros.

Desenvolvimento Motor e Percepção

O trabalho de Thelen baseia-se em parte em estudos anteriores de Eleanor e James Gibson, os quais apontam para uma conexão bidirecional entre percepção e movimento. As percepções sensoriais ajudam os bebês a aprender sobre seu ambiente para que possam se orientar nele. A experiência motora aguça e modifica as percepções que os bebês têm do que acontece se eles se moverem de determinada forma.



Por mais atraentes que sejam os braços da mãe, este bebê não se aproxima deles. Mesmo sendo tão jovem, ele já é capaz de perceber a profundidade e não quer cair no que lhe parece um abismo.

Como os bebês que engatinham decidem tentar atravessar uma área lamacenta ou subir um pequeno monte? Engatinhar e, posteriormente, caminhar exige que os bebês avaliem o "ajuste" ou *possibilidade* entre suas próprias capacidades físicas em transformação e as características de diversos terrenos - liso ou áspero, plano ou inclinado (Gibson, 1979).

Quando e como os bebês tomam consciência dessas possibilidades? Em um experimento clássico (Walk e Gibson, 1961), bebês foram colocados sobre um tampo de mesa de vidro sob o qual havia uma estampa que criava a ilusão de que havia um declive vertical no centro da mesa - um **abismo visual**. Os pesquisadores queriam investigar se os bebês teriam a ilusão de profundidade e sentiriam o perigo.

Bebês de 6 meses realmente viam uma diferença entre a "saliência", que parecia lhes garantir uma travessia segura, e o "declive", que indicava o contrário. Eles engatinhavam livremente sobre a "saliência", mas evitavam o "declive", mesmo quando viam suas mãos acenando no outro lado da mesa. Quando bebês mais novos de 2 e 3 meses foram colocados de bruços diretamente sobre o abismo visual, sua frequência cardíaca diminuiu, sugerindo que a **percepção de profundidade**, a capacidade de perceber objetos e superfícies em três dimensões, é inata ou adquirida muito cedo (Campos, Langer e Krowitz, 1970).

Entretanto, a diminuição da frequência cardíaca, a qual indica interesse, não significa que os bebês mais novos estivessem com medo de cair; o medo seria indicado por um *aumento* da frequência cardíaca. Somente depois de saberem deslocar-se sozinhos, os bebês aprendem com a experiência ou com os avisos de um cuidador de que uma descida íngreme pode ser perigosa (Bertenthal et al., 1994).

Estudos posteriores exploraram como a experiência motora sensibiliza bebês e crianças pequenas para as possibilidades com rampas de diversos graus de inclinação. Quando bebês que engatinham e bebês que andam (com média de idade de 8,5 a 14 meses) foram colocados sobre uma rampa com inclinação ajustável, ambos os grupos não hesitaram em subir a "ladeira", tarefa que oferecia pouco perigo. Descer a ladeira era outra história. Os bebês menos experientes mergulhavam até nas rampas mais íngremes. Os bebês mais velhos e experientes desciam caminhando quando a inclinação era pequena, mas preferiam descer deslizando quando a descida era íngreme, ou então a evitavam por completo (Eppler, Adolph e Weiner, 1996).

Em um estudo longitudinal relacionado, os bebês foram testados em diversas superfícies a cada três semanas desde que começaram a engatinhar até algumas semanas depois de começarem a caminhar. O objetivo era obter um quadro microgenético de como os bebês adaptaram suas percepções de possibilidade às mudanças em suas capacidades motoras. A medida que os bebês que engatinham tornavam-se mais experientes, seus julgamentos pareciam tornar-se mais precisos e suas explorações mais eficientes. Entretanto, esse aprendizado não se generalizou a um novo tipo de movimento: quando começaram a caminhar, eles tiveram que aprender a lidar com rampas de novo (Adolph, 1997).

Influências Culturais sobre o Desenvolvimento Motor

Embora o desenvolvimento motor siga uma sequência quase universal, seu ritmo parece depender de certos fatores contextuais. Quando as crianças são bem alimentadas e bem cuidadas e têm liberdade física e oportunidade de explorar seu ambiente, seu desenvolvimento motor tende a ser normal. Entretanto, o que é normal em uma cultura pode não ser em outra.

Bebês africanos tendem a ser mais adiantados do que bebês norte-americanos e europeus para sentar, caminhar e correr. Na Uganda, por exemplo, os bebês tipicamente começam a caminhar com 10 meses, comparado com 12 meses nos Estados Unidos e 15 meses na França (Gardiner et al., 1998). Bebês asiáticos tendem a desenvolver essas habilidades mais lentamente. Essas diferenças podem em parte ter relação com diferenças étnicas de temperamento (Kaplan e Dove, 1987; ver Capítulo 6), ou podem refletir as práticas de criação de uma cultura (Gardiner et al., 1998).

Algumas culturas estimulam ativamente o desenvolvimento precoce de habilidades motoras. Um bebê somaliano é colocado de bruços enquanto sua irmã mais velha lhe mostra como engatinhar até um objeto próximo. Um pai japonês dobra as pernas do bebê para que fiquem em posição de sentar (Broude, 1995). Em muitas culturas africanas e do oeste da Índia com adiantado desenvolvimento motor dos bebês, os

abismo visual

Aparelho feito para dar a ilusão de profundidade e para avaliar a percepção de profundidade em bebês.

percepção de profundidade

Capacidade de perceber objetos e superfícies em três dimensões.



Alguns pesquisadores sugeriram que os bebês de Yucatan desenvolvem habilidades motoras mais tarde do que os bebês norte-americanos porque são amarrados em panos. Contudo, bebês navajos como este também ficam amarrados na maior parte do dia e começam a caminhar aproximadamente na mesma idade que outros bebês americanos, sugerindo uma explicação hereditária.

adultos utilizam "rotinas de manejo" especiais, como exercícios com saltos e passos, para fortalecer os músculos dos bebês (Hopkins e Westra, 1988). Em um estudo, bebês jamaicanos cujas mães utilizam essas rotinas de manejo diariamente sentavam, engatinhavam e caminhavam aproximadamente nas idades que as mães haviam previsto quando os bebês tinham 1 mês de idade. Bebês ingleses cujas mães não utilizam esse tratamento especial demoravam mais tempo para sentar e caminhar (Hopkins e Westra, 1990).

Por outro lado, algumas culturas desencorajam o desenvolvimento motor. Os bebês do Ache no leste do Paraguai só começam a caminhar com 18 ou 20 meses de idade - cerca de nove meses mais tarde do que os bebês norte-americanos (Kaplan e Dove, 1987). As mães Ache puxam os bebês para o colo quando eles começam a engatinhar. Elas vigiam atentamente seus bebês para protegê-los dos perigos da vida nômade. Isso ocorre também porque a principal responsabilidade das mulheres é a criação dos filhos, e não o trabalho de subsistência. Mas, aos 8 ou 10 anos, as crianças Ache escalam árvores altas, cortam galhos e brincam de modos que promovem suas habilidades motoras (Kaplan e Dove, 1987). O desenvolvimento normal, portanto, não precisa seguir os mesmos tempos para alcançar o mesmo destino.

Treinamento Experimental de Habilidades Motoras

O treinamento sistemático pode acelerar o desenvolvimento motor? Por muitos anos, os cientistas do desenvolvimento achavam que não. Em um famoso experimento, Arnold Gesell (1929) treinou um gêmeo monozigótico, mas não o outro, em subida de escadas, construção com blocos e coordenação da mão. Quando as crianças cresceram, o gêmeo não-treinado adquiriu a mesma perícia que o outro, demonstrando, segundo Gesell, "a poderosa influência da maturação." Segundo Gesell, as crianças podem realizar certas atividades quando estão prontas, e o treinamento não oferece vantagem.

Mas diferenças culturalmente induzidas nas taxas de desenvolvimento motor (discutidas na seção anterior) parecem contestar a visão de Gesell; descobertas experimentais mais recentes indicam que o treinamento precoce *pode* influenciar o caminhar. Em um estudo, bebês treinados na oitava semana de vida para dar passos começavam a caminhar em uma média de 10 meses, enquanto outros de um grupo-controle não-treinado só começavam a caminhar depois de uma média de 12,3 meses (Zelazo, Zelazo e Kolb, 1972). Por que isso aconteceu? Talvez exista um período crítico durante o qual a repetitiva resposta de caminhar do recém-nascido pode ser traduzida em uma ação voluntária posterior específica. Além disso, a prática nesse padrão de comportamento pode promover a maturação da capacidade do cérebro de controlar atividades relacionadas. Outra possibilidade, em harmonia com a concepção de Thelen, é que o treinamento fortaleceu as pernas dos bebês, permitindo-lhes retomar os passos em uma idade mais precoce.

O treinamento em uma habilidade é capaz de facilitar o aprendizado de outra? Uma experiência de acompanhamento sugere que não. Bebês do sexo masculino saudáveis de 6 semanas de idade que por sete semanas receberam treinamento somente para dar passos ou então para dar passos e para sentar, davam mais passos do que os que não receberam treinamento nos movimentos de passo; bebês treinados ou só para sentar ou para dar passos e sentar sentavam-se mais do que bebês não-treinados para sentar. Bebês treinados só para sentar não davam mais passos do que os outros, e bebês treinados só para dar passos não sentavam mais do que os outros (Zelazo, Zelazo, Cohen e Zelazo, 1993). Ao que parece, o treinamento precoce pode acelerar um comportamento *específico*, mas o treinamento não se estende para outras capacidades.

Esses estudos não indicam se mudanças cerebrais ou na força dos músculos, (ou ambas) estão envolvidas, mas eles realmente parecem descartar a concepção do desenvolvimento motor inicial como algo exclusivamente determinado pela biologia e sugerem que a aprendizagem desempenha um papel mais importante do que geralmente se acreditava.

Em anos recentes, muitos pais norte-americanos têm colocado seus bebês em andadores móveis por acreditarem que isso os ajuda a aprender a caminhar mais cedo. Na verdade, essa crença é errônea; por restringirem a exploração motora dos bebês e, às vezes, sua visão de seus próprios movimentos, os andadores podem *retardar* o desenvolvimento de habilidades motoras. Em um estudo, bebês que utilizaram andadores sentavam, engatinhavam e caminhavam mais tarde do que bebês que não usaram andadores, além de terem resultados inferiores em testes de desenvolvimento cognitivo (Siegel e Burton, 1999). Ademais, os andadores são perigosos.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever a evolução típica de um bebê no controle da cabeça, controle da mão e locomoção, segundo as normas de Denver?
- ✓ Discutir como maturação, percepção, influência ambiental e treinamento se relacionam com o desenvolvimento motor inicial?

Estima-se que eles foram responsáveis por 25 mil ferimentos nos Estados Unidos em 1993 e 11 mortes nos cinco anos antecedentes. A Academia Americana de Pediatria requisitou a suspensão de sua fabricação e venda (AAP Committee on Injury and Poison Prevention, 1995).

Na época em que as crianças pequenas conseguem correr, pular e brincar com brinquedos que exigem uma coordenação razoavelmente sofisticada, elas são muito diferentes dos neonatos descritos no início desse capítulo. As mudanças cognitivas que ocorreram são igualmente substanciais, como discutimos no Capítulo 5.

Pense sobre isso . . .

- Será aconselhável tentar ensinar aos bebês habilidades, como caminhar, antes que eles as desenvolvam sozinhos?

Resumo

O Processo de Nascimento

Indicador 1. O que acontece durante cada uma das quatro etapas do nascimento?

- O nascimento geralmente ocorre depois de um período preparatório de **parturição** e consiste de quatro etapas: (1) dilatação da cérvix; (2) descida e emergência do bebê; (3) expulsão do cordão umbilical e da placenta; (4) contração do útero e recuperação da mãe.
- O **monitoramento eletrônico fetal** é amplamente utilizado (e talvez seja excessivamente utilizado) durante o processo de parto. Ele visa a detectar sinais de sofrimento fetal, especialmente em partos de alto risco.

Indicador 2. Que métodos e ambientes alternativos para o parto estão disponíveis atualmente?

- Quase 21% dos nascimentos nos Estados Unidos ocorrem por **parto cesariano**. Críticos afirmam que muitas cesarianas, que oferecem riscos especiais à mãe e ao bebê, são desnecessárias.
- Existe discordância sobre os efeitos sobre o recém-nascido da anestesia aplicada à gestante durante o parto. O **parto natural** ou **parto preparado** pode minimizar a necessidade de analgésicos e maximizar o envolvimento ativo dos pais. As epidurais modernas podem aliviar a dor com doses mais baixas de medicação do que ocorria no passado.
- O parto em casa ou em maternidades independente e a supervisão de parteiras são alternativas para o parto hospitalar realizado por médicos para mulheres com gestações normais de baixo risco que queiram envolver os familiares e tornar a experiência mais íntima e pessoal. A presença de uma doula pode trazer benefícios físicos, bem como apoio emocional.

O Recém-nascido

Indicador 3. Como os recém-nascidos adaptam-se à vida fora do útero?

- O **período neonatal** é um tempo de transição da vida intrauterina para a vida extrauterina. Durante os primeiros dias, o **neonato** perde peso e depois o recupera; a **lanugem** (pêlos pré-natais) se desprende e a camada protetora de **vernix caseosa** se seca. As **fontanelas** (pontos macios) no crânio se fecham durante os primeiros 18 meses.
- No nascimento, os sistemas circulatório, respiratório, gastrintestinal e de regulação da temperatura tornam-se independentes dos da mãe. Quando um recém-nascido não consegue começar a respirar até cerca de cinco minutos, pode ocorrer dano cerebral devido à **anoxia**.
- Os recém-nascidos possuem um forte reflexo de sucção e secretam **mecônio** do trato intestinal. Eles comumente sofrem de **icterícia neonatal**, devido à imaturidade do fígado.

- O **estado de consciência** de um recém-nascido é regido por ciclos periódicos de vigília, sono e atividade, que parecem ser inatos. O sono ocupa a maior parte do tempo de um neonato. Os níveis de atividade dos recém-nascidos podem ser indicadores precoces de seu temperamento.

Indicador 4. Como podemos saber se um novo bebê é saudável e está se desenvolvendo normalmente?

- Entre um e cinco minutos depois do nascimento, o neonato é avaliado pela **Escala Apgar** para determinar como ele está adaptando-se à vida fora do útero. O neonato também pode ser examinado para detectar a presença de diversos distúrbios de saúde. A **Escala Brazelton de Avaliação Comportamental Neonatal** pode ser aplicada para avaliar respostas ao ambiente e prever o futuro desenvolvimento.

Indicador 5. Que complicações do parto podem pôr em perigo o ajustamento dos recém-nascidos ou até suas vidas?

- Uma pequena minoria de bebês sofrem os efeitos duradouros de **trauma no nascimento**. Outras complicações são o **baixo peso natal** e o nascimento **hipermaduro**.
- Bebês de baixo peso natal podem ser ou **bebês pré-termo (prematuros)** ou **bebês pequenos para a data (pequenos para a idade de gestação)**. O baixo peso natal é um fator importante na mortalidade infantil e pode causar problemas cognitivos e físicos de longo prazo.

Indicador 6. Como podemos melhorar as chances de sobrevivência e a saúde dos bebês?

- Um ambiente pós-natal de apoio e outros **fatores de proteção**, muitas vezes, podem melhorar os resultados de bebês que sofreram complicações no nascimento. Entretanto, bebês de peso natal muito baixo (que pesam 1,5kg ou menos) têm um prognóstico menos promissor do que aqueles que pesam mais.
- Embora a **taxa de mortalidade infantil** nos Estados Unidos tenha melhorado, ainda é preocupantemente alta, sobretudo para bebês afro-americanos. Defeitos congênitos são a principal causa de morte no primeiro ano de vida; para bebês negros, a principal causa de morte é o baixo peso natal.
- A **síndrome de morte súbita do lactente (SMSL)** é a terceira principal causa de morte de bebês nos Estados Unidos. A exposição à fumaça e o ato de dormir de bruços são os principais fatores de risco.
- As taxas de imunização melhoraram em todo o mundo e atingiram níveis recordes nos Estados Unidos, mas muitos pré-escolares ainda não estão plenamente protegidos.

Desenvolvimento Físico Inicial

Indicador 7. O que influencia o crescimento do corpo e do cérebro?

- O crescimento físico normal e o desenvolvimento motor ocorrem de acordo com os princípios cefalocaudal e próximo-distal.
- O corpo de uma criança cresce mais substancialmente durante o primeiro ano de vida; o crescimento ocorre em uma taxa rápida, mas decrescente, durante os primeiros 3 anos de vida.
- A amamentação oferece muitos benefícios. Entretanto, a qualidade do relacionamento entre pais e bebê pode ser mais importante do que o método de alimentação na promoção de um desenvolvimento saudável. Os bebês não devem tomar leite de vaca até 1 ano de idade e não devem ingerir alimentos sólidos e sucos de fruta até 6 meses de idade.
- Os padrões de sono mudam muito; na segunda metade do primeiro ano, a maior parte do sono dos bebês ocorre à noite.
- O **sistema nervoso central** controla o funcionamento sensorio-motor. Os **surtos de crescimento cerebral** coincidem com mudanças no comportamento cognitivo. A **lateralização** permite que cada hemisfério cerebral se especialize em diferentes funções.
- O cérebro cresce mais rapidamente durante os meses imediatamente anteriores e posteriores ao nascimento à medida que os **neurônios** migram para suas devidas posições, formam conexões sinápticas e sofrem os processos de **integração** e **diferenciação**. A **morte celular** e a **mielinização** aumentam a eficiência do sistema nervoso.
- Os **comportamentos reflexos** - primitivos, locomotores e posturais - são indicadores da condição neurológica. A maioria dos reflexos desaparece durante o primeiro ano à medida que se desenvolve o controle cortical voluntário.
- Devido à **plasticidade** do cérebro, especialmente durante o período inicial de rápido crescimento, a experiência ambiental pode influenciar o desenvolvimento cerebral positiva ou negativamente.

Indicador 8. Como os sentidos desenvolvem-se durante a primeira infância?

- As capacidades sensoriais, presentes desde o nascimento e até no útero, desenvolvem-se rapidamente nos primeiros meses de vida. Bebês muito jovens demonstram pronunciadas capacidades para discriminar estímulos.
- O tato parece ser o primeiro sentido a se desenvolver e amadurecer. Recém-nascidos são sensíveis à dor. Olfato, paladar e audição também começam a se desenvolver no útero.
- A visão é o sentido menos desenvolvido no nascimento. Visão periférica, percepção de cores, agudeza de foco, visão binocular e a capacidade de acompanhar um objeto em movimento com os olhos, todas se desenvolvem nos primeiros meses.

Indicador 9. Quais são alguns dos primeiros marcos do desenvolvimento motor e quais são algumas influências sobre ele?

- As habilidades motoras desenvolvem-se em uma determinada sequência, que pode depender largamente da maturação, mas também do contexto, da experiência e da motivação. Habilidades simples se combinam formando **sistemas** de ação cada vez mais complexos.
- O **Teste de Avaliação do Desenvolvimento de Denver** é amplamente utilizado para avaliar as **habilidades motoras gerais** e as **habilidades motoras refinadas**, bem como o desenvolvimento lingüístico, social e da personalidade.
- A autolocomoção parece ser um "evento preparatório", provocando mudanças em todos os domínios do desenvolvimento.
- Estudos com o **abismo visual** sugerem que a **percepção de profundidade** está presente em idade muito precoce e está relacionada com o desenvolvimento motor.
- Fatores ambientais, incluindo práticas culturais, podem influenciar o ritmo do desenvolvimento motor inicial.
- O treinamento ou a prática pode acelerar a aquisição de habilidades motoras específicas por parte do bebê.

Palavras-Chave

parturição (146)
monitoramento eletrônico fetal (146)
parto cesariano (147)
parto natural (148)
parto preparado (148)
período neonatal (150)
neonato (150)
fontanelas (151)
lanugem (151)
vernix caseosa (151)
anoxia (151)
mecônio (151)
icterícia neonatal (151)

estado de consciência (152)
Escala Apgar (153)
Escala Brazelton de Avaliação Comportamental Neonatal (153)
trauma no nascimento (154)
baixo peso natal (154)
bebês pré-termo (prematurados) (154)
bebês pequenos para a data (pequenos para a idade de gestação) (154)
hipermaduro (157)

fatores de proteção (159)
taxa de mortalidade infantil (159)
síndrome de morte súbita do lactente (SMSL) (161)
sistema nervoso central (166)
surtos de crescimento cerebral (167)
lateralização (167)
neurônios (168)
integração (169)
diferenciação (169)
morte celular (169)
mielinização (170)

comportamentos reflexos (171)
plasticidade (173)
sistemas de ação (176)
Teste de Avaliação do Desenvolvimento de Denver (177)
habilidades motoras gerais (177)
habilidades motoras refinadas (177)
abismo visual (181)
percepção de profundidade (181)

Capítulo 5

Desenvolvimento Cognitivo nos Três Primeiros Anos



Assim é meu sonho; mas o que sou eu? Um bebê a chorar na noite; Um bebê a chorar pela luz, e sem nenhuma linguagem senão o chorar.

Alfred, Lord Tennyson, *In Memoriam*, Canto 54



Charles and "Doddy" Darwin

Foco:

William Erasmus (Doddy) Darwin, o Filho do Naturalista

No dia 27 de dezembro de 1839, quando o naturalista Charles Darwin contava com 30 anos de idade, sua esposa, Emma, deu à luz seu primeiro filho, William Erasmus Darwin, conhecido entre os íntimos como Doddy. Naquele dia - 20 anos antes da publicação de *A Origem das Espécies*, de Charles Darwin, que expunha sua teoria da evolução baseada na seleção natural - o orgulhoso pai começou a fazer um registro diário de suas observações sobre o filho recém-nascido. Foram esses apontamentos, publicados em 1877*, que pela primeira vez chamaram atenção científica para a natureza evolutiva do comportamento dos bebês.

Com que capacidades nascem os bebês? Como eles aprendem sobre seu ambiente? Como eles se comunicam: primeiro por meios não-verbais e depois por meio da linguagem? Essas são algumas das perguntas que Darwin se propôs a responder - perguntas ainda fundamentais para o estudo do desenvolvimento cognitivo.

O aguçado olho de Darwin revela como a coordenação da atividade física e mental ajuda um bebê a se adaptar ao mundo - como no seguinte apontamento, escrito quando Doddy tinha 4 meses de idade:

Peguei meu dedo para levar à boca e como de costume não consegui fazê-lo entrar, porque sua própria mão atrapalhou; retirou então sua mão e assim consegui pôr meu dedo na boca. - Isso não foi casual e, portanto, [foi] um tipo de raciocínio. (Diário, p. 12; citado em Keegan e Gruber, 1985, p. 135)

Nos apontamentos de Darwin, podemos observar Doddy desenvolvendo novas habilidades cognitivas através da interação não somente com o dedo do pai, como também com outros objetos. O diário descreve uma série de contatos recorrentes com imagens refletidas. Nessas ocasiões vemos Doddy adquirindo conhecimento, não em explosões ou saltos repentinos, mas através de uma gradual interação de novas experiências com os padrões existentes de comportamento mental e físico. Na concepção de Darwin - como, posteriormente, na de Piaget - a questão não era simplesmente acrescentar novos conhecimentos aos antigos; ela envolvia uma real transformação no modo como a mente se organizava.

Quando Doddy, aos 4 meses e meio de idade, viu sua semelhança e a do pai em um espelho, Darwin assinalou que o bebê "parecia surpreso por minha voz vir de trás dele, minha imagem estando à frente" (Diário, p. 18; citado em Keegan e Gruber, 1985, p. 135). Dois meses depois, Doddy parecia ter resolvido o mistério; agora, quando o pai, atrás dele, fazia uma careta no espelho, o bebê "sabia que a

S U M Á R I O

FOCO: William Erasmus (Doddy) Darwin, o Filho do Naturalista

Estudando o

Desenvolvimento Cognitivo: Abordagens Clássicas

Abordagem Behaviorista:
Mecânica Básica da Aprendizagem
Abordagem Psicométrica:
Testagem do Desenvolvimento e da Inteligência
Abordagem Piagetiana: O Estágio Sensório-Motor

Estudando o

Desenvolvimento Cognitivo: Abordagens Mais Recentes

Abordagem do Processamento de Informações: Percepções e Representações
Abordagem da Neurociência Cognitiva: As Estruturas Cognitivas do Cérebro
Abordagem Sociocontextual: Aprendendo com as Interações com Cuidadores

Desenvolvimento da Linguagem

Seqüência do Desenvolvimento Inicial da Linguagem
Características da Fala Inicial
Teorias Clássicas da Aquisição de Linguagem: O Debate Natureza-Experiência
Influências no Desenvolvimento da Linguagem
Preparação para a Alfabetização: Os Benefícios da Leitura em Voz Alta

*A fonte para análise do diário de Darwin foi Keegan e Gruber (1985).

imagem [...] não era real e assim [...] virava-se para olhar" (Diário, p. 21-22; citado em Keegan e Gruber, 1985, p. 135-136).

Inicialmente, essa nova compreensão não se generalizou para outras superfícies refletidoras. Duas semanas depois, Doddy pareceu intrigado ao ver o reflexo do pai numa janela. Aos 9 meses, contudo, o menino percebeu que "a sombra de uma mão, produzida por uma vela, devia ser procurada atrás, da mesma forma que em um espelho" (Diário, p. 23; citado em Keegan e Gruber, 1985, p. 136). Seu reconhecimento de que os reflexos poderiam emanar de objetos atrás dele agora se estendeu a sombras, outro tipo de imagem bidimensional.

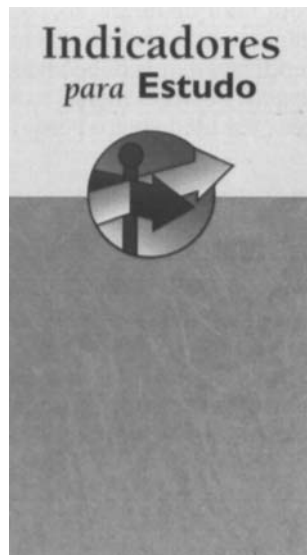
Darwin estava especialmente interessado em documentar a evolução do filho na comunicação. Ele acreditava que a aquisição da linguagem é um processo natural, semelhante às expressões físicas de sentimentos que aparecem anteriormente. Por meio de sorrisos, choro, riso, expressões faciais e sons de prazer ou dor, Doddy conseguia comunicar-se muito bem com os pais mesmo antes de articular sua primeira palavra. Uma de suas primeiras expressões verbais significativas foi "Ah!" - produzida quando ele reconheceu uma imagem em um vidro.

D

arwin fez essas observações há mais de 160 anos, em uma época na qual as capacidades cognitivas dos bebês eram muito subestimadas. Hoje sabemos - como deduziu Darwin a partir de suas observações de Doddy - que bebês normais e saudáveis nascem com a capacidade de aprender e lembrar e de adquirir e utilizar linguagem. Eles utilizam suas capacidades sensoriais e cognitivas cada vez maiores para exercer controle sobre seu comportamento e seu ambiente.

Neste capítulo, examinaremos as capacidades cognitivas dos bebês e das crianças pequenas sob três perspectivas clássicas - behaviorista, psicométrica e piagetiana - e depois sob três perspectivas mais recentes - processamento de informações, neurociência cognitiva e sociocontextual. Delinearemos o desenvolvimento inicial da linguagem e discutiremos como ele ocorre. Por fim, examinaremos como os adultos ajudam bebês e crianças pequenas a se tornarem mais competentes com a linguagem.

Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. Como os bebês aprendem e por quanto tempo eles conseguem lembrar?
2. É possível medir a inteligência de bebês e crianças pequenas? Como ela pode ser aperfeiçoada?
3. Como Piaget descreveu o desenvolvimento cognitivo de bebês e crianças pequenas e como suas afirmações resistiram a um escrutínio posterior?
4. Como podemos medir a capacidade dos bebês de processar as informações e como essa capacidade se relaciona com a futura inteligência?
5. Quando os bebês começam a pensar sobre as características do mundo físico?
6. O que a pesquisa cerebral pode revelar sobre o desenvolvimento de habilidades cognitivas?
7. Como a interação social com os adultos desenvolve a competência cognitiva?
8. Como os bebês desenvolvem a linguagem?
9. Que influências contribuem para o desenvolvimento lingüístico?

Estudando o Desenvolvimento Cognitivo: Abordagens Clássicas

Quando Doddy Darwin, aos 4 meses, imaginou que poderia colocar o dedo de seu pai na boca se tirasse sua própria mão do caminho, demonstrou **comportamento inteligente**. O comportamento inteligente tem dois aspectos fundamentais. Primeiro, ele se orienta a objetivos: é consciente e deliberado. Segundo, ele é adaptativo: dirige-se à adaptação a circunstâncias e condições da vida. A inteligência - o conjunto de capacidades mentais subjacentes ao comportamento inteligente - é influenciada tanto pela herança quanto pela experiência. A inteligência permite que as pessoas adquiram, lembrem e usem o conhecimento, compreendam conceitos e relações, e resolvam problemas da vida cotidiana.

Como e quando os bebês aprendem a resolver problemas? Como e quando a memória desenvolve-se. O que explica as diferenças individuais nas capacidades cognitivas? É possível medir a inteligência de um bebê? Como podemos prever o quão inteligente um determinado bebê será no futuro? Muitos pesquisadores utilizaram uma das três abordagens clássicas para o estudo dessas questões:

- A **abordagem behaviorista** estuda a *mecânica* básica da aprendizagem. Investiga como o comportamento muda em resposta à experiência.
- A **abordagem psicométrica** procura medir diferenças individuais na *quantidade* de inteligência utilizando testes de inteligência. Quanto mais altos os escores de uma pessoa, mais inteligente presume-se que ela é.
- A **abordagem piagetiana** observa mudanças ou estágio na *qualidade* do funcionamento cognitivo. Investiga como a mente estrutura suas atividades e adapta-se ao ambiente.

Todas as três abordagens, bem como as três outras, mais recentes, que discutimos na seção a seguir - as abordagens do processamento de informações, neurociência cognitiva e sociocontextual - nos ajudam a compreender o comportamento inteligente. Vejamos o que cada uma delas pode dizer-nos sobre o desenvolvimento cognitivo de bebês e crianças pequenas.

Abordagem Behaviorista: Mecânica Básica da Aprendizagem

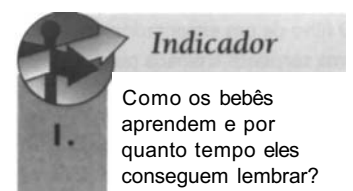
Os bebês nascem com a capacidade de aprender com o que vêem, ouvem, cheiram, degustam e tocam, possuindo ao menos certa capacidade para se lembrar do que aprenderam. Evidentemente, a maturação é essencial para esse processo. Todavia, embora os

comportamento inteligente
Comportamento que é dirigido a objetivos (consciente e deliberado) e adaptativo às circunstâncias e às condições da vida.

abordagem behaviorista
Abordagem no estudo do desenvolvimento cognitivo baseada na teoria da aprendizagem, que se preocupa com a mecânica básica da aprendizagem.

abordagem psicométrica
Abordagem no estudo do desenvolvimento cognitivo que procura medir a quantidade de inteligência que uma pessoa possui.

abordagem piagetiana
Abordagem no estudo do desenvolvimento cognitivo baseada na teoria de Piaget, a qual descreve estágios qualitativos, ou mudanças típicas, no funcionamento cognitivo de crianças e adolescentes.



teóricos da aprendizagem reconheçam a maturação como um fator de limitação, eles não se concentram nela. Seu principal interesse está nos mecanismos da aprendizagem.

Vejamos primeiramente dois simples processos de aprendizagem que os behavioristas estudam: *condicionamento clássico* e *condicionamento operante*. Posteriormente, examinaremos a *habituação*, outra forma simples de aprendizagem, estudada pelos pesquisadores do processamento de informações.

Condicionamento Clássico

condicionamento clássico

Tipo de aprendizagem em que um estímulo anteriormente neutro (que originalmente não provocava uma determinada resposta) adquire a capacidade de provocar uma resposta depois de ser repetidamente associado a outro estímulo que normalmente provoca a resposta.

No Capítulo 2, descrevemos como Anna, uma menina de 11 meses, depois de ter sido fotografada muitas vezes por seu pai, certa vez piscou *antes* que *oflash* da câmera disparasse. Esse é um exemplo de **condicionamento clássico**, em que uma pessoa ou um animal aprende a dar uma resposta reflexa (nesse caso, piscar) a um estímulo (a câmera) que originalmente não provocava a resposta. Como mostra a Figura 5-1, a câmera era, a princípio, um estímulo neutro; ela não fazia Anna piscar. *Oflash* era um estímulo não-condicionado (ENC); o piscar de Anna quando ela o via disparar era uma resposta não-condicionada (RNC). Depois que Anna aprendeu a relacionar a câmera ao *flash*, a câmera tornou-se um estímulo condicionado (EC); o piscar de Anna antes do *flash* aparecer foi uma resposta condicionada (RC).

O condicionamento clássico permite que os bebês prevejam um evento antes de ele acontecer, estabelecendo associações entre estímulos (como a câmera e *oflash*) que regularmente ocorrem juntos. A aprendizagem adquirida por condicionamento clássico desaparece ou se *extingue* se não for reforçada. Assim, se Anna freqüentemente visse a câmera sem *oflash*, com o tempo ela iria deixar de piscar.

Os recém-nascidos podem ser classicamente condicionados com muita facilidade quando a associação entre os estímulos tem um valor de sobrevivência. Por exemplo, bebês com apenas 2 horas de vida viram a cabeça e sugam quando suas testas são acariciadas ao mesmo tempo em que eles recebem uma mamadeira com água adocicada. Depois do condicionamento clássico, a carícia na testa é suficiente para fazê-los se virar e sugar (Blass et al., 1984, em Rovee-Collier, 1987).

Condicionamento Operante e Memória do Bebê

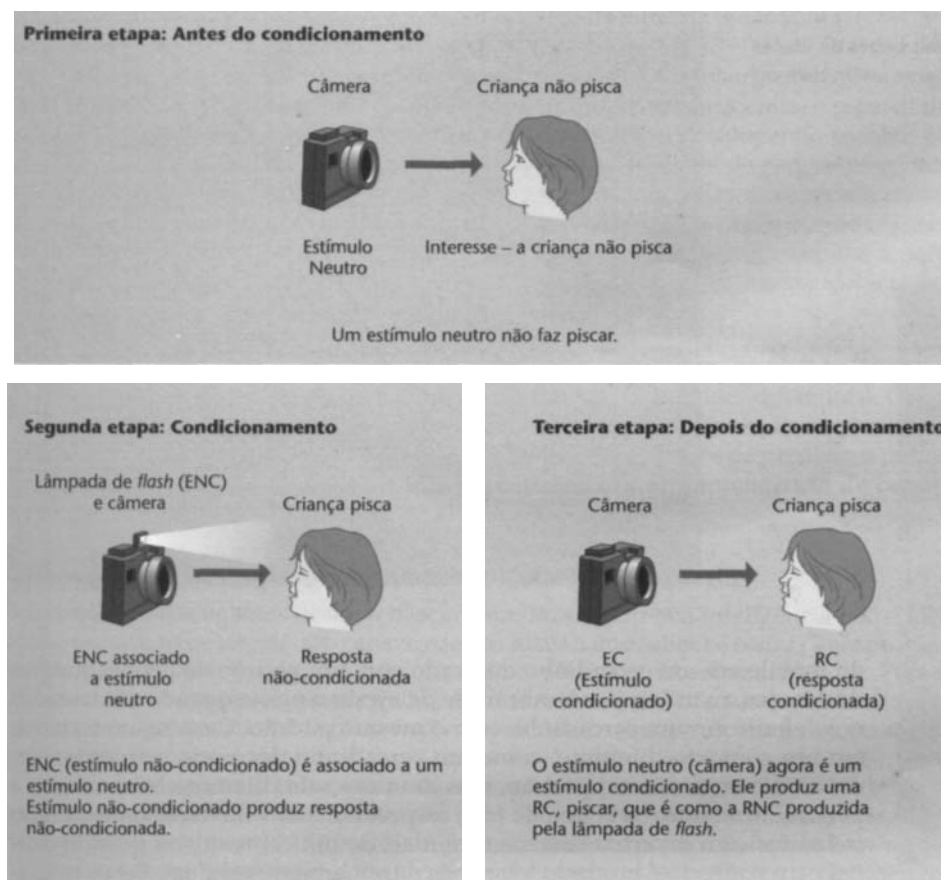
condicionamento operante

Tipo de aprendizagem em que uma pessoa tende a repetir um comportamento que foi reforçado ou cessar um comportamento que foi punido.

No condicionamento clássico, o aprendiz é passivo, absorvendo e automaticamente reagindo aos estímulos. Em contraste, no **condicionamento operante** - como quando o bebê aprende que seu sorriso lhe traz atenção amorosa - o aprendiz age ou opera sobre o ambiente. O bebê aprende a dar uma determinada resposta a um estímulo ambiental (sorrindo ao ver os pais) para produzir um determinado efeito (atenção dos pais).

O filho de um encantador de serpentes hindu brinca avidamente com uma serpente treinada pelo pai, demonstrando que o medo de serpentes é uma resposta condicionada. As crianças podem ser condicionadas a temer animais que são associados a experiências desagradáveis ou assustadoras, como aconteceu com Albertinho em um estudo clássico de John B. Watson e Rosalie Rayner.



**Figura 5-1**

As três etapas do condicionamento clássico

Os estudos que utilizam condicionamento operante têm sido utilizados para testar a memória dos bebês. Esses estudos constataram que os bebês repetem uma ação dias ou semanas depois - *caso* sejam testados em uma situação muito semelhante àque-la em que foram originalmente treinados.

Em uma série de experimentos de Carolyn Rovee-Collier e colaboradores, bebês foram operantemente condicionados a mexer a perna para ativar um móvel conectado a um dos calcanhares com uma fita. Bebês de 2 a 6 meses de idade, ao voltar a ver o móvel dias ou semanas depois, repetem o movimento da perna, ainda que suas pernas não estejam mais conectadas aos móveis. Quando vêem os móveis, os bebês mexem mais a perna do que antes do condicionamento, demonstrando que o reconhecimento dos móveis ativa uma lembrança de sua experiência anterior com eles (Rovee-Collier, 1996). Em uma tarefa semelhante destinada a crianças mais velhas, a criança é condicionada a pressionar uma alavanca para fazer um trem em miniatura andar sobre os trilhos (Hartshorn et al., 1998).

A quantidade de tempo durante a qual uma resposta condicionada pode ser mantida aumenta com a idade, de 2 dias para bebês de 2 meses a 13 semanas para crianças de 18 meses (ver Figura 5-2). O tempo de memória em crianças muito pequenas pode ser aumentado dividindo-se o treinamento em mais sessões (Hartshorn et al., 1998; Rovee-Collier, 1996). Uma lembrança que esteja desaparecendo pode ser reativada por um lembrete - uma breve exposição periódica ao estímulo original ou ao contexto em que o bebê encontrou-o pela primeira vez. Bebês com mais idade são mais rápidos do que bebês mais novos na recuperação de uma lembrança depois de um lembrete desses - indício de que a velocidade do processamento de informações, assim como a duração das lembranças, aumenta com a idade (Rovee-Collier e Boller, 1995).

A lembrança de um comportamento em bebês pequenos parece estar especificamente relacionada com o contexto original. Os bebês que recebem o treinamento

VERIFICADOR_____

Você é capaz de ...

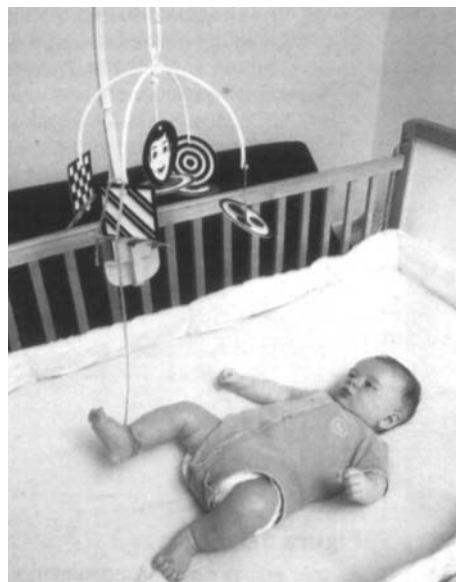
Distinguir as metas das abordagens behaviorista, psicométrica e piagetiana no estudo do desenvolvimento cognitivo?

Identificar condições sob as quais os recém-nascidos podem ser clássica ou operantemente condicionados?

Figura 5-2

Número máximo de semanas durante as quais bebês de idades variadas demonstram memória de como operar um móbile ou um trem em miniatura.

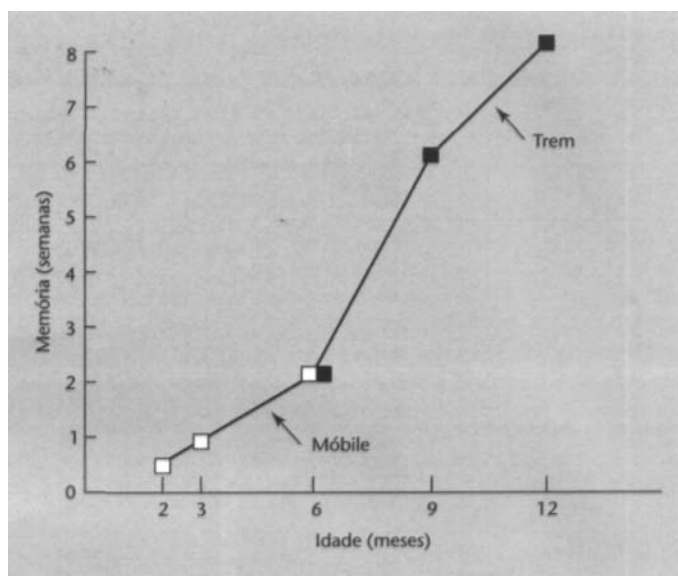
(Fonte: Rovee-Collier e Boller, 1995, p. 7.)



Bebês de 2 a 6 meses de idade são capazes de lembrar, depois de um intervalo de dois dias a seis semanas, que eram capazes de ativar um móbile mexendo a perna; demonstram isso mexendo a perna assim que vêem o móbile.

janela de tempo

Período limitado de tempo após um evento durante o qual um bebê pode integrar novas informações à lembrança que tem dele.



do móbile em um cercadinho decorado com um padrão de listras, quadradinhos, traços ou triângulos lembram-se de mexer a perna quando são testados novamente em um cercadinho com o mesmo padrão. Caso sejam testados em um contexto diferente, como um cercadinho decorado com outro padrão ou com o mesmo padrão, mas em uma sala diferente, não mexem a perna. Entretanto, os bebês, de fato, respondem mais flexivelmente quando treinados com diversos sinais ou em mais de um contexto, ou quando o sinal ou o contexto é mudado logo após o treinamento original. Bebês treinados com móveis diferentes em dias diferentes aprendem a esperar um móbile diferente em cada ocasião e agem de acordo (Rovee-Collier, 1996; Rovee-Collier e Boller, 1995).

Parece existir uma **janela de tempo**, um período limitado de tempo após um evento, durante o qual um bebê pode integrar novas informações à memória do evento original. A janela de tempo fecha-se quando o bebê se esqueceu do evento original; depois disso, o bebê percebe uma experiência modificada como um evento novo e único. Por exemplo, bebês de 3 meses conservam a resposta do móbile por até oito dias se o treinamento ocorrer em duas sessões com intervalo de até três dias entre si, mas não se a segunda sessão ocorrer quatro dias depois da primeira. Contudo, a janela de tempo amplia-se cada vez que a memória original é recuperada dentro daquela janela, tornando possível acrescentar novas informações após períodos de tempo cada vez mais longos (Rovee-Collier, 1995; Rovee-Collier e Boller, 1995).

Abordagem Psicométrica: Testagem do Desenvolvimento e da Inteligência

A natureza exata da capacidade ou das capacidades que constituem a inteligência foi debatida por muitos anos, assim como a melhor maneira de medi-la(s). Sir Francis Galton (1822-1911), primo de Charles Darwin, propôs que a inteligência poderia ser medida por características como tamanho da cabeça e tempo de reação. O psicólogo americano James McKeen Cattell (1860-1944) desenvolveu testes mentais que mediam a intensidade de preensão da mão, sensibilidade à dor, discriminação de peso, julgamento de tempo e memória automática. Contudo, esses testes tinham pouco valor preditivo.

Foi então que, no início do século XX, administradores escolares de Paris pediram ao psicólogo Alfred Binet que inventasse uma maneira de identificar as crianças que eram incapazes para o trabalho acadêmico e que deveriam ser retiradas dos grupos regulares e receber instrução especial. O teste desenvolvido por Binet e seu colega Theodore Simon foi o precursor dos testes psicométricos, utilizados para crianças de todos os níveis de capacidade, os quais medem a inteligência por números. Um deles é a Escala de Inteligên-

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Fazer um resumo do que os estudos sobre condicionamento operante revelaram sobre a memória dos bebês?

cia Stanford-Binet, versão norte-americana dos tradicionais testes Binet-Simon (ver Capítulo 7).

Os objetivos dos testes psicométricos são medir quantitativamente os fatores que supostamente constituem a inteligência (como compreensão e raciocínio) e, a partir dos resultados dessa medição, prever o futuro desempenho (o desempenho escolar, por exemplo). Os **testes de QI (quociente de inteligência)** consistem de perguntas ou tarefas que supostamente mostram quanto das capacidades medidas uma pessoa possui, comparando seu desempenho com o de outros indivíduos submetidos ao teste. O escore de uma criança é comparado com **normas padronizadas**: padrões obtidos a partir dos escores de uma grande amostra representativa de crianças de mesma idade que fizeram o teste enquanto ele estava sendo desenvolvido.

Aqueles que desenvolvem testes criam técnicas para garantir que eles possuam **alta validade** (os testes medem as capacidades que pretendem medir) e **fidedignidade** (os resultados do teste são razoavelmente consistentes em ocasiões diferentes). Os testes só podem ser significativos e úteis se forem válidos e confiáveis. Para crianças em idade escolar, os resultados dos testes de inteligência são capazes de prever o desempenho escolar com bastante precisão e confiança. Já testar a inteligência de bebês e crianças pequenas é outra questão.

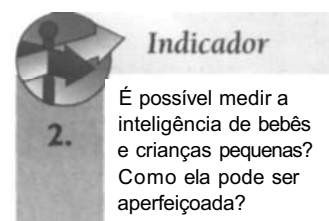
Testagem da Inteligência de Bebês e Crianças Pequenas

Os bebês são inteligentes desde o nascimento, mas medir sua inteligência não é fácil. Uma vez que os bebês não são capazes de nos dizer o que sabem e como pensam, a maneira mais óbvia de medir sua inteligência é avaliar o que conseguem fazer. Porém, quando eles não agarram um chocalho, é difícil saber se eles não sabem como fazer isso, se não sentem vontade de fazer isso, não entendem o que se espera deles, ou se simplesmente perderam o interesse.

Ainda assim, às vezes, existem motivos para testar a inteligência de um bebê. Se os pais preocupam-se com o fato de um bebê não estar fazendo as mesmas coisas que outros bebês de mesma idade, testes de desenvolvimento podem tranquilizá-los de que o desenvolvimento está normal, ou alertá-los para um problema. Os testes de desenvolvimento comparam o desempenho de um bebê em uma série de tarefas com normas estabelecidas observando o que grande número de bebês e crianças pequenas conseguem fazer em determinadas idades.

As **Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil** (Bayley, 1969, 1993; ver Tabela 5-1) são amplamente utilizadas para esses fins. A Bayley-II, revisada em 1993, visa a avaliar o estado de desenvolvimento de crianças de 1 mês a 3 anos e 6 meses. Ela é utilizada sobretudo com crianças com suspeita de risco de desenvolvimento anormal (Thompson et al., 1994). A Bayley-II possui três seções: uma *escala mental*, que mede habilidades como percepção, memória, aprendizagem e vocalização; uma *escala motora*, que mede habilidades motoras gerais (dos músculos maiores) e refinadas (de manipulação), incluindo coordenação sensório-motora; e uma *escala de classificação do comportamento* a ser completada pelo examinador. Escores separados, chamados de *quocientes de desenvolvimento* (QD), são calculados para cada escala. Os QD são mais úteis para detecção precoce de transtornos emocionais, problemas de aprendizagem e deficiências sensoriais, neurológicas e ambientais.

Embora esses escores forneçam um quadro bastante preciso do atual estado de desenvolvimento de uma criança, eles possuem pouco valor para a previsão do funcionamento futuro (Anastasi e Urbina, 1997). Um dos motivos para isso, como veremos, é que as influências ambientais afetam o desenvolvimento cognitivo, principalmente quando as crianças estão próximas dos 3 anos de idade (Klebanov, Brooks-Gunn, McCarton e McCormick, 1998). Outro motivo é que os testes de desenvolvimento tradicionalmente utilizados com bebês medem sobretudo as capacidades sensório-motoras, ao passo que os testes de inteligência para crianças com mais idade dão mais ênfase às capacidades verbais (Bornstein e Sigman, 1986; Colombo, 1993; McCall e Carriger, 1993). Somente após o terceiro ano de vida, quando as crianças podem ser testadas com o Stanford-Binet, é que os escores de QI de uma criança, juntamente com fatores como QI e nível de instrução dos pais, costumam ajudar a prever os resultados em testes posteriores (Kopp e Kaler, 1989; Kopp e McCall, 1982; McCall e Carriger, 1993). Quando as crianças aproximam-se do quinto ano de vida, a relação entre os atuais escores e os da infância posterior se torna mais forte (Bornstein e Sigman, 1986), e os testes de QI aplicados perto do fim da pré-escola estão entre os que melhor predizem o futuro êxito escolar (Tramontana, Hooper e Selzer, 1988).



testes de QI (quociente de inteligência)

Testes psicométricos que procuram medir a inteligência de uma pessoa comparando seu desempenho com normas padronizadas.

normas padronizadas

Padrões utilizados para avaliar o desempenho de pessoas que fizeram um teste de inteligência, obtidos a partir dos escores de uma ampla amostra representativa de crianças submetidas ao teste enquanto ele estava sendo desenvolvido.

validade

Capacidade de um teste de medir o que pretende medir.

fidedignidade

Consistência de um teste na medição do desempenho.

Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil

Teste padronizado do desenvolvimento mental e motor dos bebês.

Tabela 5-1 Exemplos de Tarefas nas Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil

Idade (em meses)	Escala Mental ^a	Escala Motora
1	Olhos seguem pessoa em movimento	Levanta a cabeça quando segurada pelos ombros
3	Estende o braço para tocar anel suspenso	Vira-se para o lado quando deitada de costas
6	Manipula um sino, demonstrando interesse por detalhes	Vira-se de bruços quando deitada de costas
9	Tagarela expressivamente	Põe-se sozinha de pé
12	Acaricia brinquedo em imitação	Caminha sozinha
14-16	Utiliza duas palavras diferentes apropriadamente	Sobe escadas com auxílio
20-22	Sabe o nome de três objetos	Pula com os dois pés
26-28	Combina quatro cores	Imita movimentos da mão
32-34	Utiliza o pretérito	Sobe escadas alternando os pés
38-42	Conta	Desce escadas alternando os pés

* Tarefa que a maioria das crianças dessa idade é capaz de realizar.

(Fonte: Bayley, 1993.)

Os testes de desenvolvimento são os mais precisos para predizer o futuro QI de bebês com deficiências ou problemas pré-natais, principalmente se elas forem criadas em ambientes empobrecidos não-estimulantes (McCall e Carriger, 1993). Entretanto, os seres humanos possuem uma forte *tendência autocorretiva*; em um ambiente favorável, os bebês seguem padrões de desenvolvimento normais a menos que tenham sofrido algum dano grave. Assim, mesmo algumas crianças nascidas com problemas mentais ou motores fazem grandes progressos na inteligência testada à medida que ganham idade (Kopp e Kaler, 1989; Kopp e McCall, 1982).

Condição Socioeconômica, Práticas educativas e QI

A correlação entre condição socioeconômica e QI está bem documentada (Neisser et al., 1996). Crianças pobres tendem a ter QI mais baixo do que crianças mais ricas, principalmente se a família é pobre há muito tempo. Isso parece aplicar-se independentemente de fatores como composição da unidade domiciliar e nível de instrução da mãe (Duncan, Brooks-Gunn e Klebanov, 1994).

Como sugere uma análise ecológica, a pobreza pode atingir as crianças por limitar a capacidade dos pais de fornecer recursos educacionais e por exercer um efeito psicológico negativo sobre os pais e suas práticas educativas (McLoyd, 1990,1998; ver Capítulo 10). Mesmo em famílias com bom funcionamento, aspectos específicos da educação associados à condição socioeconômica podem influenciar o desenvolvimento cognitivo. Um estudo observacional sugere como isso ocorre (Hart e Risley, 1992,1996).

Uma vez por mês, por mais de dois anos, até que as crianças participantes completassem 3 anos de idade, pesquisadores visitaram os lares de 40 famílias com características conjugais, raciais e socioeconômicas variadas e observaram as interações entre pais e filhos. Os pais de famílias de maior renda passavam mais tempo com os filhos, davam-lhes mais atenção, conversavam mais com eles e demonstravam mais interesse pelo que eles tinham a dizer. Os filhos cujos pais faziam isso tendiam a ter bons resultados em testes de QI aos 3 e também aos 9 anos. Também se saíam melhor na escola e em testes de linguagem e desempenho. A fala dos pais de menor renda incluía muito mais expressões negativas como "pára", "solte isso" e "não"; e os filhos de pais que falavam assim tinham QI e desempenho inferiores. Esse estudo identifica diferenças nas práticas educativas iniciais que podem ajudar a explicar as diferenças no futuro QI e no desempenho escolar de crianças de famílias de maior e menor renda. Ele indica que práticas específicas podem ajudar as crianças a se sair melhor na escola (Hart e Risley, 1989,1992,1996; Walker, Greenwood, Hart e Carta, 1994).

Em outro estudo longitudinal abrangendo os três primeiros anos de vida, as características do ambiente doméstico eram em grande parte responsáveis pelas influências da condição socioeconômica, renda do bairro e fatores de risco familiar sobre os escores de desenvolvimento e QI do primeiro ao terceiro ano de vida (Klebanov et al., 1998).

Avaliando o Impacto do Ambiente Doméstico

Como os pesquisadores medem as características do ambiente doméstico inicial que influenciam a inteligência? Utilizando um instrumento chamado de **Observação Doméstica para Medição do Ambiente (HOME)** (Bradley, 1989; Caldwell e Bradley, 1984), observadores treinados avaliam os recursos e o ambiente no lar de uma criança e entrevistam os pais. Existem versões diferentes da HOME para bebês, crianças em idade pré-escolar e crianças em idade escolar.

Um fator importante é a atenção dos pais. A HOME dá crédito aos pais de um bebê ou de uma criança pequena por acariciarem ou beijarem-na durante uma visita do examinador; ao responsável por uma criança pré-escolar por espontaneamente elogiá-la pelo menos duas vezes durante a visita; e ao responsável por uma criança com mais idade por responder às perguntas dela. Os examinadores avaliam como pais e filhos falam entre si, atribuindo grande valor a uma atitude amistosa, não-punitiva por parte dos pais. Um estudo longitudinal constatou correlações positivas entre a atenção dos pais a seus bebês de 6 meses de idade, medida pela HOME, e QI e escores em testes de desempenho aos 10 anos, assim como entre os escores de atenção dos pais a bebês de 6 meses e as avaliações dos professores sobre o comportamento em sala de aula aos 10 anos (Bradley e Caldwell, 1982; R. Bradley, Caldwell e Rock, 1988).

A HOME também avalia o número de livros em casa, a presença de brinquedos que estimulem o desenvolvimento de conceitos e o envolvimento dos pais nas brincadeiras das crianças. Escores elevados em todos esses fatores são bastante confiáveis para prever o QI das crianças. Em um estudo, os pesquisadores compararam os escores HOME para crianças de 2 anos de idade de baixa renda com os escores das crianças no teste de inteligência Stanford-Binet dois anos depois. O fator mais importante na predição de alta inteligência foi a capacidade da mãe de criar e estruturar um ambiente que promovesse a aprendizagem (Stevens e Bakeman, 1985).

Entre 931 crianças afro-americanas, americanas mexicanas e brancas de até 3 anos de idade, a condição socioeconômica e outros aspectos de seu ambiente urbano desfavorecido estavam menos relacionados com o desenvolvimento cognitivo do que aspectos cotidianos do ambiente doméstico, como atenção dos pais e acesso a materiais lúdicos estimulantes (Bradley et al., 1989). Nos três grupos étnicos, um ambiente doméstico favorável e estimulante podia compensar problemas na primeira infância, mas quando o desenvolvimento inicial e o ambiente doméstico inicial eram ambos pobres, as chances de um bom desfecho eram muito menores. Em uma subamostra de 347 bebês de baixo peso natal de grupos-controle do Estudo da Saúde e Desenvolvimento do Bebê (apresentado no Capítulo 4), a associação entre renda familiar e do bairro e os escores em testes cognitivos aos 2 e 3 anos de idade era atribuível ao ambiente doméstico conforme medido pela HOME (Klebanov et al., 1998).

É claro que não podemos ter certeza com base em descobertas correlacionais de que a atenção dos pais ou o ambiente doméstico enriquecido realmente aumenta a inteligência de uma criança. Tudo o que podemos dizer é que esses fatores estão associados à alta inteligência. Pais inteligentes e com bom nível de instrução podem ser mais propensos a proporcionar um ambiente doméstico favorável e estimulante; como eles também passam seus genes para seus filhos, pode haver também uma influência genética. (Esse é um exemplo de uma *correlação genótipo-ambiente passiva*, descrita no Capítulo 3.)

Os estudos de adoção apoiam uma influência genética. Em uma análise estatística, a correlação entre os escores HOME de crianças de 12 e 24 meses e seu desempenho na Escala Bayley de Desenvolvimento Mental foi maior entre irmãos biológicos do que entre irmãos adotivos (Braungart, Fulker e Plomin, 1992). E em um estudo longitudinal de crianças adotivas e não-adotivas, a maioria das aparentes correlações entre o ambiente doméstico durante a primeira infância e o QI aos 7 anos de idade se mostraram indiretamente atribuíveis a um fator genético: o QI dos pais (Coon, Fulker, DeFries e Plomin, 1990).

Observação Doméstica para Medição do Ambiente (HOME)

Instrumento para medir a influência do ambiente doméstico sobre o desenvolvimento cognitivo.

VERIFICADOR

Você é capaz de...

- ✓ Explicar por que testes de desenvolvimento são, às vezes, aplicados a bebês e crianças pequenas e descrever um desses testes amplamente utilizado?
- ✓ Explicar por que os testes de bebês e crianças pequenas não são confiáveis para prever o QI?
- ✓ Discutir a relação entre condição socioeconômica, práticas educativas e desenvolvimento cognitivo?
- ✓ Identificar aspectos específicos do ambiente doméstico que parecem influenciar a inteligência medida?

Pense sobre isso...

- A escala HOME avalia a relação entre o ambiente doméstico e o funcionamento cognitivo posterior de uma criança. Se você estivesse planejando essa escala, que aspectos da situação doméstica você acrescentaria aos mencionados no texto?

mecanismos de preparação para o desenvolvimento

Aspectos preparatórios do ambiente doméstico que parecem ser necessários para que um desenvolvimento cognitivo e psicossocial normal ocorra.

intervenção precoce

Processo sistemático de planejar e fornecer serviços terapêuticos e educacionais a famílias que necessitam de auxílio para atender às necessidades de desenvolvimento de bebês, crianças pequenas e de pré-escolares.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar seis mecanismos de preparação para o desenvolvimento que ajudam a preparar as crianças para o ensino formal?

Pense sobre isso ...

- Baseado nos seis mecanismos de preparação para o desenvolvimento descritos no texto, sugira modos específicos de ajudar bebês e crianças pequenas a se prepararem para o ensino escolar.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir as descobertas sobre o valor da intervenção precoce para melhorar o QI de crianças desfavorecidas?

Intervenção Precoce

Em outra pesquisa, seis **mecanismos de preparação para o desenvolvimento** - aspectos do ambiente doméstico que propiciam um desenvolvimento cognitivo e psicossocial normal e preparam as crianças para a escola - estavam repetidamente associados a resultados positivos. Os seis mecanismos são: (1) incentivo à exploração; (2) instrução em habilidades cognitivas e sociais básicas, como rotulação, seqüenciamento, classificação e comparação; (3) comemoração e reforço de novas realizações; (4) orientação na prática e expansão de novas habilidades; (5) proteção contra punição inadequada, provocação ou desaprovação por erros ou conseqüências imprevistas da exploração e experimentação de novas habilidades; (6) estimulação da linguagem e outra comunicação simbólica. A presença consistente de todas essas seis condições desde cedo na vida pode ser essencial para um desenvolvimento cerebral normal (Ramey e Ramey, 1998a, 1998b; Ramey e Ramey, 1992).

O que pode ser feito para ajudar as crianças que não recebem esse apoio para se desenvolverem? A **intervenção precoce** é o processo sistemático de fornecer serviços terapêuticos e educacionais a famílias que necessitam de ajuda para atender às necessidades de desenvolvimento de seus filhos pequenos.

Qual é o grau de eficácia da intervenção precoce? Resultados de estudos de distribuição randômica controlados obtiveram efeitos positivos, especialmente entre as crianças com maior risco - aquelas cujos pais são muito pobres, têm baixo nível de instrução e em muitos casos não são casados (Ramey e Ramey, 1998b). O projeto CARE (Wasik, Ramey, Bryant e Sparling, 1990) e o projeto Abecedarian (Ramey e Campbell, 1991) envolveram um total de 174 bebês da Carolina do Norte de lares em risco. Em cada projeto, desde os 6 meses de idade até a pré-escola, um grupo experimental era matriculado em um programa educativo para crianças pequenas, ministrado em tempo integral durante o ano inteiro, chamado de Parceiros da Aprendizagem, de um centro universitário de desenvolvimento infantil. O programa tinha uma baixa proporção de crianças por professor e utilizava jogos de aprendizagem para promover habilidades cognitivas, lingüísticas, perceptuais-motoras e sociais específicas. Os grupos-controle não foram matriculados no Parceiros da Aprendizagem, mas (assim como os grupos experimentais) receberam serviços pediátricos e de assistência social, fórmula e visitas domiciliares.

Em ambos os projetos, as crianças que receberam a intervenção educacional precoce demonstraram uma vantagem crescente em relação aos grupos-controle nos testes de desenvolvimento durante os 18 primeiros meses. Aos 3 anos, a média de QI das crianças do Abecedarian era de 101, e das crianças do CARE, 105 - iguais ou melhores do que a média da população geral - comparadas com apenas 84 e 93 nos grupos-controle (Ramey e Ramey, 1998b).

Como é comum acontecer com programas de intervenção precoce, essas vantagens iniciais não se mantiveram integralmente. O QI diminuiu entre 3 e 8 anos de idade, principalmente entre crianças de lares mais desfavorecidos. Contudo, os escores tendiam a ser mais elevados e mais estáveis entre as crianças matriculadas no Parceiros da Aprendizagem do que nos grupos-controle, sugerindo que a intervenção educacional precoce pode moderar os efeitos negativos da baixa condição socioeconômica (Burchinal, Campbell, Bryant, Wasik e Ramey, 1997). Aos 15 anos de idade, as crianças do Projeto Abecedarian que estavam matriculadas no Parceiros da Aprendizagem continuaram superando o grupo-controle, com uma média de QI de 97,7 comparado com 92,6. Elas também se saíram melhor em testes de leitura e matemática e tinham menos chances de ter repetido de ano na escola (Ramey et al., 2000).

Essas descobertas indicam que a intervenção educacional precoce é capaz de aumentar o desenvolvimento cognitivo. As intervenções precoces mais eficazes são aquelas que (1) começam cedo e continuam ao longo dos anos pré-escolares; (2) são intensivas; (3) proporcionam experiências educacionais diretas, e não apenas treinamento dos pais; (4) utilizam uma abordagem abrangente, incluindo saúde, orientação familiar e serviços sociais; (5) são adaptadas conforme diferenças e necessidades individuais. Como nos dois projetos da Carolina do Norte, as vantagens iniciais tendem a diminuir, a menos que haja apoio ambiental contínuo suficiente para progresso adicional (Ramey e Ramey, 1996, 1998a).

Abordagem Piagetiana: o Estágio Sensório-Motor

Como jovem estudante em Paris, Piaget tentou padronizar os testes que Binet e Simon tinham desenvolvido para avaliar a inteligência das crianças francesas. Piaget ficou intrigado com as respostas erradas das crianças, vendo-as como pistas para o que é especial e importante nos processos de pensamento das crianças. Para examinar esses processos, Piaget observou seus próprios filhos e outras crianças desde a primeira infância. O modo de pensar das crianças, concluiu, é qualitativamente diferente (é de uma espécie diferente) do modo de pensar adulto. Enquanto os psicometristas medem diferenças individuais na quantidade de inteligência que crianças (ou adultos) possuem, Piaget observou o modo como o pensamento das crianças desenvolvia-se durante a infância e a adolescência e propôs seqüências universais de desenvolvimento cognitivo.

O primeiro dos quatro estágios de desenvolvimento cognitivo (consulte a Tabela 2-2 no Capítulo 2) é o **estágio sensório-motor**. Durante esse estágio (do nascimento até aproximadamente os 2 anos), dizia Piaget, os bebês aprendem sobre si mesmos e sobre seu ambiente - como Doddy Darwin parecia fazer - através do desenvolvimento de sua atividade sensorial e motora. De seres que reagem basicamente por reflexos e comportamento randômico, os bebês transformam-se em crianças orientadas a metas.

A teoria de Piaget inspirou muitas pesquisas sobre cognição durante a primeira e segunda infâncias. Algumas dessas pesquisas, como veremos, demonstram que - por mais importantes que tenham sido as contribuições de Piaget - ele subestimou as capacidades das crianças pequenas.

Subestágios do Estágio Sensório-Motor

Segundo Piaget, o estágio sensório-motor é composto de seis subestágios (ver Tabela 5-2), que fluem de um para o outro à medida que os **esquemas** de um bebê, seus padrões organizados de comportamento, tornam-se mais complexos. Durante os cinco primeiros subestágios, os bebês aprendem a coordenar as informações dos sentidos e a organizar suas atividades em relação a seu ambiente. Durante o sexto e último subestágio, eles progredem da aprendizagem por tentativa e erro para a utilização de símbolos e conceitos para resolver problemas simples.

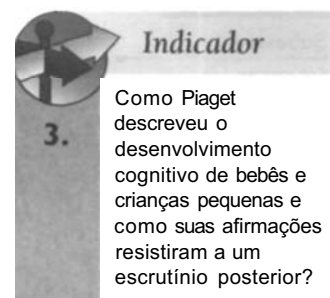
Grande parte desse desenvolvimento cognitivo inicial ocorre através de **reações circulares**, em que um bebê aprende a reproduzir eventos agradáveis ou interessantes originalmente descobertos por acaso. O processo baseia-se no condicionamento operante. Inicialmente, uma atividade produz uma sensação tão agradável, que o bebê deseja repeti-la. A repetição então se retroalimenta, formando um ciclo contínuo em que causa e efeito ficam invertendo-se (ver Figura 5-3). O comportamento originalmente casual se consolidou em um novo esquema.

No *primeiro subestágio* (do nascimento até aproximadamente 1 mês), ao exercitarem seus reflexos inatos, os neonatos adquirem certo controle sobre eles. Eles começam a apresentar um determinado comportamento mesmo quando o estímulo que normalmente o provoca não está presente. Por exemplo, os recém-nascidos sugam por reflexo quando seus lábios são tocados. Em pouco tempo, eles aprendem a encontrar o mamilo mesmo quando não são tocados e mamam em momentos em que não estão com fome. Assim, os bebês modificam e ampliam o esquema de sucção quando estão dando início à atividade.

No *segundo subestágio* (1 a 4 meses), os bebês aprendem a repetir uma sensação corporal agradável primeiramente obtida por acaso (como, por exemplo, sugar o polegar, como na primeira parte da Figura 5-3). Piaget chamou isso de *reação circular primária*. Os bebês começam a atentar para os sons, demonstrando capacidade de coordenar diferentes tipos de informações sensoriais (visão e audição).

O *terceiro subestágio* (4 a 8 meses) coincide com um novo interesse em manipular objetos e aprender sobre suas propriedades. O bebê apresenta *reações circulares secundárias*: ações intencionais repetidas não apenas por seu próprio valor, como no segundo subestágio, mas para obter resultados *que vão além do próprio corpo*. Por exemplo, um bebê dessa idade sacode um chocalho várias vezes para ouvir o barulho, ou (como na segunda parte da Figura 5-3) balbucia quando aparece um rosto simpático, de modo a fazê-lo permanecer por mais tempo.

Quando atingem o *quarto subestágio, coordenação de esquemas secundários* (8 a 12 meses), os bebês já elaboraram os poucos esquemas com os quais nasceram. Aprenderam a generalizar a partir das experiências passadas para resolver novos problemas e distinguir meios de fins. Engatinham para conseguir algo que querem pegar, ou afastam



estágio sensório-motor

Na teoria de Piaget, é o primeiro estágio de desenvolvimento cognitivo, durante o qual os bebês (do nascimento até aproximadamente os 2 anos) aprendem por meio do desenvolvimento de seus sentidos e da atividade motora.

esquemas

Na terminologia de Piaget, são estruturas cognitivas básicas que consistem de padrões organizados de comportamento utilizados em diferentes tipos de situações.

reações circulares

Na terminologia de Piaget, são processos pelos quais um bebê aprende a reproduzir ocorrências desejadas originalmente descobertas por acaso.

Tabela 5-2 Os Seis Subestágios do Estágio Sensório-Motor do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget

Subestágio	Descrição
Subestágio 1 (nascimento até 1 mês) Uso de reflexos	Os bebês exercitam seus reflexos inatos e ganham certo controle sobre eles. Não coordenam informações dos sentidos. Não pegam um objeto que estão olhando.
Subestágio 2 (1 a 4 meses) Reações circulares primárias	Os bebês repetem comportamentos agradáveis que primeiramente ocorrem por acaso (como sugar o polegar). As atividades focalizam-se no corpo do bebê mais do que nos efeitos do comportamento sobre o ambiente. Os bebês fazem as primeiras adaptações adquiridas, isto é, sugam objetos diferentes de maneiras diferentes. Eles começam a coordenar informações sensoriais e a agarrar objetos.
Subestágio 3 (4 a 8 meses) Reações circulares secundárias	Os bebês interessam-se mais pelo ambiente e repetem ações que trazem resultados interessantes (como sacudir um chocalho) e prolongam experiências interessantes. As ações são intencionais, mas inicialmente, não são orientadas a metas.
Subestágio 4 (8 a 12 meses) Coordenação dos esquemas secundários	O comportamento é mais deliberado e proposital (intencional) à medida que os bebês coordenam esquemas previamente aprendidos (como olhar e pegar um chocalho) e usam comportamentos anteriormente aprendidos para atingir seus objetivos (como engatinhar pela sala para pegar um brinquedo). Eles podem antecipar acontecimentos.
Subestágio 5 (12 a 18 meses) Reações circulares terciárias	Os bebês demonstram curiosidade e experimentação; variam propositalmente suas ações para obter resultados (por exemplo, sacudir diferentes chocalhos para ouvir seus sons). Eles exploram ativamente seu mundo para saber em que aspecto um objeto, um acontecimento ou uma situação são novos. Experimentam novas atividades e usam o método de tentativa e erro para resolver problemas.
Subestágio 6 (18 a 24 meses)	Uma vez que sabem representar os acontecimentos mentalmente, as crianças não se restringem mais à tentativa e ao erro para resolver problemas. O pensamento simbólico permite que as crianças comecem a pensar sobre os acontecimentos e antecipem suas conseqüências sem sempre ter que recorrer à ação. As crianças começam a demonstrar compreensão. São capazes de utilizar símbolos, como gestos e palavras, e sabem fazer de conta.

Nota: Os bebês demonstram imenso desenvolvimento cognitivo durante o estágio sensório-motor de Piaget, à medida que aprendem sobre o mundo através de seus sentidos e de suas atividades motoras. Note-se sua evolução na resolução de problemas e na coordenação de informações sensoriais. Todas as idades são aproximadas.

capacidade representacional

Na terminologia de Piaget, é a capacidade de representar objetos e experiências mentalmente, sobretudo por meio do uso de símbolos.

imitação diferida

Na terminologia de Piaget, é a reprodução de um comportamento observado após a passagem do tempo, evocando-se um símbolo armazenado dele.

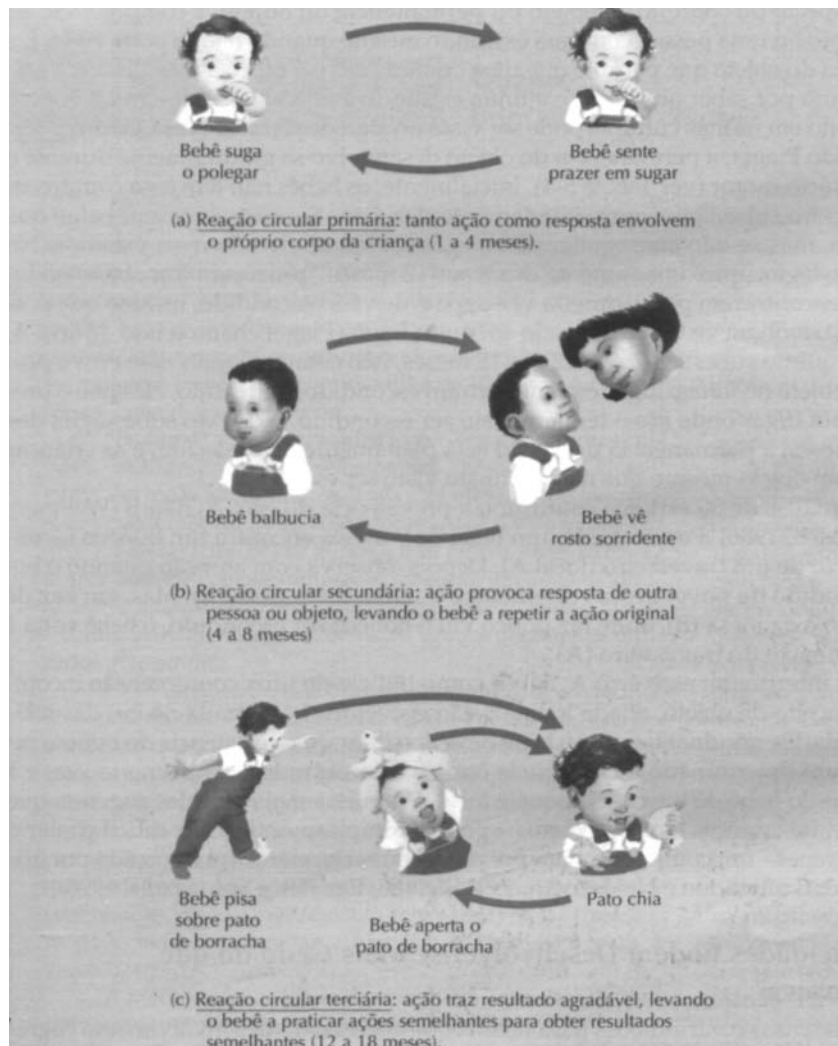
algo que os atrapalhe (como a mão de alguém). Eles experimentam, modificam e coordenam esquemas anteriores para encontrar um que funcione. Esse estágio, portanto, marca o início do comportamento *intencional*.

No *quinto subestágio* (12 a 18 meses), os bebês começam a experimentar novos comportamentos para ver o que acontece. Depois que começam a caminhar, podem explorar o ambiente com mais facilidade. Agora apresentam *reações circulares terciárias*, *variando* uma ação para obter um resultado parecido, em vez de simplesmente *repetir* um comportamento agradável que descobriram acidentalmente. Por exemplo, uma criança pode apertar um pato de plástico que chiou ao ser pisado para ver se ele chia outra vez (como na terceira parte da Figura 5-3). Pela primeira vez, as crianças mostram originalidade na resolução de problemas. Por tentativa e erro, experimentam novos comportamentos até encontrarem a melhor forma de atingir um objetivo.

O *sexto subestágio*, *associações mentais* (em torno dos 18 meses a 2 anos), é uma transição para o estágio pré-operacional da segunda infância. Desenvolve-se a **capacidade representacional**, isto é, a capacidade de representar mentalmente objetos e ações na memória, principalmente através de símbolos, como palavras, números e imagens mentais. A capacidade de manipular símbolos liberta as crianças da experiência imediata. Agora elas são capazes de **imitação diferida**, imitar ações que não vêem mais à sua frente. Elas são capazes de fazer de conta, como fez Arma aos 20 meses, quando ganhou um conjunto de chá e imediatamente "serviu o chá" para seus pais. Elas são capazes de utilizar símbolos para *pensar* sobre as ações antes de praticá-las. Como agora têm alguma compreensão de causa e efeito, não precisam mais passar pelo trabalhoso método de tentativa e erro para resolver problemas. A filha de Piaget, Lucienne, pareceu demonstrar capacidade representacional quando, pensando em como abrir uma caixa de fósforos entreaberta para tirar dali uma corrente de relógio, abriu mais sua boca para expressar sua idéia de aumentar a abertura da caixa (Piaget, 1936/1952).

Desenvolvimento do Conhecimento sobre Objetos e Espaço

O *conceito de objeto* - a idéia de que os objetos possuem existência, características e localização no espaço próprias independentes - é fundamental para uma visão organizada

**Figura 5-3**

Reações circulares primária, secundária e terciária. Segundo Piaget, os bebês aprendem a reproduzir acontecimentos agradáveis que descobrem acidentalmente, (a) Reação circular primária: o bebê suga casualmente o polegar, sente prazer com isso e volta a colocá-lo na boca ou o mantém ali. O estímulo (polegar) provoca o reflexo de sugar; o prazer então estimula o bebê a continuar sugando, (b) Reação circular secundária: envolve algo fora do corpo do bebê. O bebê balbucia; a mãe sorri; como o bebê gosta de ver a mãe sorrir, balbucia novamente, (c) Reação circular terciária: o bebê experimenta diferentes maneiras de reproduzir uma resposta descoberta acidentalmente. Quando o bebê pisa sobre um pato de borracha, o pato chia. O bebê então tenta produzir o chiado de outras maneiras, por exemplo, apertando-o ou sentando-se sobre ele.

da realidade física. O conceito de objeto é a base para a consciência das crianças de que elas mesmas existem separadamente dos objetos e das outras pessoas. Ele é essencial à compreensão de um mundo repleto de objetos e acontecimentos. O esforço de Doddy Darwin para compreender a existência e a localização de imagens reflexas fazia parte de seu desenvolvimento de um conceito de objeto.

Piaget achava que os bebês desenvolviam conhecimento sobre objetos e espaço vendo os resultados de suas próprias ações: em outras palavras, pela coordenação de informações visuais e motoras. Antes de poderem movimentar-se por sua conta, o conhecimento dos bebês sobre o tamanho e a forma dos objetos, o quanto estão próximos ou distantes e suas posições relativas no espaço, não vai muito além daquilo que está a seu alcance. Com a chegada da autolocomoção - primeiro engatinhando, depois caminhando - os bebês podem aproximar-se de um objeto, avaliá-lo e comparar sua localização com a de outros objetos (ver Quadro 4-2, no Capítulo 4).

A pesquisa confirma essa mudança. Os bebês conseguem acompanhar o olhar de sua mãe ou seu dedo apontando para um objeto próximo em idade mais precoce do que para um objeto distante. Essa última capacidade parece desenvolver-se entre os 12 e 15 meses, quando a maioria dos bebês começa a caminhar (Butterworth e Jarrett, 1991; Morissette, Ricard e Decarie, 1995). Durante aproximadamente o mesmo período, os bebês tornam-se mais capazes de avaliar a localização de um objeto ou acontecimento em relação a si mesmos (Newcombe, Huttenlocher, Drummey e Wiley, 1998). Entretanto, não está claro se a autolocomoção ajuda a causar essas mudanças ou se apenas as acompanha (Haith e Benson, 1998).

permanência do objeto

Na terminologia de Piaget, a compreensão de que uma pessoa ou objeto ainda existe mesmo que não esteja à vista.

erro A, não-B

Tendência, notada por Piaget, dos bebês de 8 a 12 meses de idade de procurar um objeto onde o encontraram anteriormente, em vez de no lugar onde eles mais recentemente o viram ser escondido.

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Resumir os principais desenvolvimentos durante os seis subestágios do estágio sensório-motor de Piaget?
- ✓ Explicar como funcionam as reações circulares e fazer a distinção entre reações circulares primária, secundária e terciária?
- ✓ Explicar por que o desenvolvimento da capacidade representacional é importante?
- ✓ Resumir as concepções de Piaget sobre o desenvolvimento da permanência do objeto e do conhecimento espacial?

Um aspecto do conceito de objeto é a **permanência do objeto**, a compreensão de que um objeto ou uma pessoa continua existindo mesmo quando não se pode vê-lo. E a permanência do objeto que permite que uma criança cujo pai ou cuja mãe deixou a sala sintasse segura por saber que ele(a) continua existindo e irá voltar. O desenvolvimento desse conceito em muitas culturas pode ser visto no jogo de *peekaboo* (ver Quadro 5-1).

Segundo Piaget, a permanência do objeto desenvolve-se gradualmente durante o estágio sensório-motor (ver Tabela 5-3). Inicialmente, os bebês não têm essa compreensão. No terceiro subestágio, aproximadamente dos 4 aos 8 meses, procuram algo que derrubaram, mas se não conseguem vê-lo, agem como se ele não mais existisse. No quarto subestágio, aproximadamente dos 8 aos 12 meses, procuram um objeto no lugar onde o encontraram pela primeira vez depois de vê-lo escondido, mesmo que posteriormente o tenham visto ser colocado em outro lugar (Piaget chamou isso de **erro A, não-B**). No quinto subestágio, dos 12 aos 18 meses, não cometem mais esse erro e procuram um objeto no *último* lugar em que o viram escondido; entretanto, eles não o procuram em um lugar onde *não* o tenham visto ser escondido. No sexto subestágio, dos 18 aos 24 meses, a permanência do objeto está plenamente estabelecida, e as crianças procuram um objeto mesmo que não o tenham visto ser escondido.

Uma análise de 30 estudos confirmou a prevalência do erro A, não-B (Wellman, Cross e Bartsch, 1986). Por exemplo, um bebê de 9 meses encontra um boneco escondido embaixo de um travesseiro (local A). Depois, observa com atenção quando o boneco é escondido de novo, desta vez embaixo de uma mesa (local B). Mas, em vez de olhar embaixo da mesa (B), onde faz pouco viu o boneco ser escondido, o bebê volta a procurar embaixo do travesseiro (A).

Piaget interpretou esse erro A, não-B como indício de uma compreensão incompleta do conceito de objeto, aliada a uma visão egocêntrica (centrada no eu) das relações espaciais. Ele argumentou que o bebê deve acreditar que a existência do boneco está ligada a um determinado local (aquele onde foi encontrado pela primeira vez) e à própria ação do bebê de buscá-lo naquele local. Pesquisas mais recentes sugerem que os bebês - e até crianças e pré-escolares - podem simplesmente achar difícil conter o impulso de repetir um comportamento prévio que anteriormente foi reforçado por êxito (Diamond, Cruttenden e Neiderman, 1994; Zelazo, Reznick e Spinazzola, 1998).

Que Capacidades Podem Desenvolver-se Mais Cedo do que Piaget Pensava?

Piaget deu imensas contribuições para nossa compreensão do desenvolvimento cognitivo. Entretanto, embora a pesquisa tenha corroborado algumas de suas idéias, outras foram contestadas. Segundo Piaget, a passagem do comportamento reflexo para os primórdios do pensamento é longa e lenta. Por cerca de 1 ano e 6 meses, os bebês aprendem apenas através dos sentidos e dos movimentos. Somente na segunda metade do segundo ano é que eles avançam para o pensamento conceitual. Hoje existem cada vez mais indícios de que algumas das limitações identificadas por Piaget nas capacidades cognitivas dos bebês podem, em vez disso, ser um reflexo da imaturidade de suas habilidades linguísticas e motoras. Utilizando tarefas simplificadas e modernos instrumentos de pesquisa, alguns pesquisadores demonstraram as habilidades cognitivas dos bebês de forma impressionante.

Por exemplo, Piaget pode ter subestimado a compreensão de permanência do objeto dos bebês pequenos por causa de seus métodos de pesquisa. É possível que os bebês não consigam procurar objetos escondidos porque ainda não são capazes de realizar uma sequência de duas ações, como mover uma almofada ou levantar a tampa de uma caixa antes de pegar o objeto. Quando a permanência do objeto é testada com um procedimento mais adequado à idade do bebê, em que o objeto é escondido apenas por escuridão e assim pode ser encontrado com um movimento, bebês no terceiro subestágio (4 a 8 meses) se saem surpreendentemente bem. Em um estudo sobre permanência do objeto, bebês de 6 meses e meio viam uma bola sair de uma calha e cair em um de dois pontos, cada um identificável por um som característico. Quando a luz era apagada e o procedimento era repetido, os bebês procuravam a bola no lugar apropriado, guiando-se apenas pelo som (Goubet e Clifton, 1998). Isso demonstrava que eles sabiam que a bola continuava existindo e podiam dizer para onde ela tinha ido.

Métodos baseados apenas no que os bebês observam, e por quanto tempo, eliminam a necessidade de *qualquer* atividade motora e assim podem ser utilizados



Janela para o Mundo

Quadro 5-1 Brincando de Peekaboo

Em uma oca de barro em uma zona rural no sul da África, uma mãe sorri para seu filho de 9 meses, cobre seus olhos com as mãos e pergunta, "Uphi?" (Onde?). Três segundos depois, a mãe exclama "Aqui!" e destapa os olhos do bebê para seu regozijo. Em uma apartamento em Tóquio, uma mãe japonesa, usando linguagem diferente e cobrindo os olhos com um pano, faz a mesma brincadeira com sua filha de 12 meses, que mostra a mesma reação de alegria.

"Peekaboo" é uma brincadeira que existe em muitas culturas, utilizando rotinas semelhantes (Fernand e O'Neill, 1993). Em todas as culturas onde ela está presente *, o momento em que a mãe ou outro cuidador reaparece é de muita alegria. Ele se caracteriza por gestos e tom de voz exagerados. O prazer do bebê com a estimulação sensorial imediata da brincadeira é intensificado por seu fascínio pelas expressões faciais e vocais, principalmente os tons mais agudos geralmente utilizados pelo adulto.

Além de divertir, essa brincadeira cumpre diversas funções importantes. Os psicanalistas dizem que ela ajuda os bebês a controlar a ansiedade quando a mãe desaparece. Os psicólogos cognitivos a vêem como um modo que os bebês possuem de brincar com idéias florescentes sobre a existência, o desaparecimento e reaparecimento de objetos - o conceito de permanência do objeto. Ela pode também ser uma rotina social que ajuda os bebês a aprender os tipos de regras que regem a conversação, como o revezamento com a palavra. A brincadeira pode também exercitar a atenção, pré-requisito para a aprendizagem.

A medida que os bebês desenvolvem competência cognitiva para prever eventos futuros, a brincadeira adquire novas dimensões. Entre 3 e 5 meses, o riso e o sorriso do bebê enquanto o rosto do adulto aparece e desaparece sinalizam o desenvolvimento de sua expectativa sobre o que irá acontecer depois. Dos 5 aos 8 meses, o bebê demonstra antecipação ao olhar e sorrir quando a voz do adulto o alerta para o iminente reaparecimento dele.

Com 1 ano, as crianças não são mais apenas observadores, pois dão início à brincadeira, envolvendo ativamente os adultos. Agora é o adulto que geralmente responde aos sinais físicos e vocais do bebê, que podem tornar-se bastante insistentes caso o adulto não esteja com vontade de brincar.

Para ajudar os bebês que estão aprendendo a brincar de peekaboo ou outras brincadeiras, os pais, muitas vezes, utilizam a técnica de *andaimes* (ver Capítulo 2). Eles encorajam os bebês a passar para um nível superior de domínio, estimulando-os a operar em seu atual nível máximo de competência.

Em um estudo longitudinal de 18 meses realizado na Universidade de Montreal, 25 mães foram filmadas brincando de peekaboo com seus bebês, utilizando uma boneca (Rome-Flanders, Cronk e Gourde, 1995). A quantidade de apoio oferecido pela mãe e o tipo específico de comportamento de apoio variava conforme a idade e habilidade do bebê. As mães frequentemente tentavam atrair a atenção de um bebê de 6 meses para começar a brincadeira; isso foi se tornando cada vez menos necessário com o passar do tempo. As demonstrações (realizando a sequência da brincadeira para incentivar o bebê a imitá-la) também eram mais frequentes aos 6 meses e diminuía significativamente aos 12 meses, quando verificava-se um aumento nas instruções verbais diretas ("Cubra a boneca") à medida que os bebês tornaram-se mais capazes de compreender a linguagem falada. As instruções verbais indiretas ("Onde está a boneca?"), utilizadas para concentrar a atenção na próxima etapa da brincadeira, permaneceram constantes durante toda a faixa etária investigada. Os reforços (demonstrar satisfação com o desempenho do bebê, por exemplo, exclamando "Peekaboo!") quando o bebê destapa a boneca) eram bastante constantes a partir dos 9 meses. A quantidade total de apoio diminuía consideravelmente aos 24 meses, quando a maioria dos bebês já tinha pleno domínio da brincadeira.

*As culturas incluídas neste relato são encontradas na Malásia, Grécia, Índia, Irã, Rússia, Brasil, Indonésia, Coreia, Japão e África do Sul.

com bebês ainda mais jovens. Como descrevemos posteriormente neste capítulo, estudos realizados desde o final dos anos de 1970, utilizando metodologia de processamento de informações, sugerem que bebês muito jovens podem formar representações mentais - imagens ou lembranças de objetos fisicamente ausentes - capacidade de que, segundo Piaget, não aparece antes dos 18 meses. De acordo com essa pesquisa, cuja interpretação está em discussão, bebês de 3 a 4 meses de idade parecem ter uma noção de permanência do objeto, conhecer alguns princípios sobre o mundo físico, compreender categorização e causalidade e possuir um conceito rudimentar de número. Outras pesquisas investigam a capacidade de bebês e crianças pequenas de lembrar e imitar o que vêem (a Tabela 5-3 compara essas descobertas com as concepções de Piaget).

Piaget sustentava que a **imitação invisível** - imitação que utiliza partes do corpo que um bebê não pode ver, como a boca - se desenvolve em torno dos 9 meses, depois da **imitação visual** - o uso de mãos e pés, por exemplo, que os bebês podem ver. Mas em uma série de estudos de Andrew Meltzoff e M. Keith Moore (1983, 1989), bebês com menos de 72 horas de vida pareciam imitar os adultos abrindo a boca e projetando a língua, além de duplicarem os movimentos de cabeça dos adultos.

imitação invisível

Imitação com partes do corpo que não podemos ver, como a boca.

imitação visual

Imitação com partes do corpo que podemos ver, como as mãos e os pés.

Tabela 5-3 Desenvolvimentos Fundamentais do Estágio Sensório-motor

Conceito ou Habilidade	Concepção de Piaget	Descobertas Mais Recentes
Permanência do objeto	Desenvolve-se gradualmente entre terceiro e sexto subestágio. Bebês no quarto subestágio (8-12 meses) cometem o erro A, não-B.	Bebês de apenas 3 meses e meio (segundo subestágio) parecem apresentar conhecimento do objeto, embora sua interpretação das descobertas esteja em discussão. Erro A, não-B pode persistir até o segundo ano ou ir além.
Conhecimento espacial	Desenvolvimento do conceito do objeto e conhecimento espacial está ligado à autolocomoção e coordenação das informações visual e motora.	A pesquisa apóia os tempos descritos por Piaget e a relação dos julgamentos espaciais ao declínio do egocentrismo. Ligação com desenvolvimento motor é menos claro.
Causalidade	Desenvolve-se lentamente dos 4 e 6 meses até 1 ano, baseado na descoberta do bebê, primeiro dos efeitos de suas próprias ações e depois dos efeitos de forças externas.	Algumas evidências sugerem consciência inicial de eventos causais específicos no mundo físico, mas a compreensão geral de causalidade pode levar mais tempo para se desenvolver.
Número	Depende da utilização de símbolos, que começa no sexto subestágio (18 a 24 meses).	Bebês de apenas 5 meses podem reconhecer e mentalmente manipular pequenos números, mas a interpretação das descobertas está em discussão.
Categorização	Depende do pensamento representacional, que se desenvolve durante o sexto subestágio (18 a 24 meses).	Bebês de apenas 3 meses parecem reconhecer categorias perceptuais.
Imitação	Imitação invisível se desenvolve em torno dos 9 meses; imitação diferida após o desenvolvimento de representações mentais no sexto subestágio (18 a 24 meses).	Estudos controversos constataram imitação invisível de expressões faciais em recém-nascidos e imitação diferida com apenas 6 semanas. Imitação diferida de atividades complexas parece existir aos 6 meses.

Contudo, uma análise do trabalho de Meltzoff e Moore sobre imitação invisível (e as tentativas de replicá-lo) só obteve evidência clara e consistente em relação a um movimento - o de projetar a língua (Anisfeld, 1996) -, e essa resposta desaparece em torno dos 2 meses de idade. Como parece improvável que uma capacidade imitativa precoce e de curta duração estaria limitada a um único gesto, alguns pesquisadores sugeriram que a projeção da língua pode servir a outros propósitos - talvez como uma tentativa inicial de interagir com a mãe ou simplesmente como um comportamento exploratório despertado pela intrigante visão de uma língua adulta (Bjorklund, 1997; Jones, 1996). Até a realização de mais pesquisas, a idade em que a imitação invisível inicia-se continuará incerta.

Piaget também sustentava que as crianças com menos de 18 meses não são capazes de *imitação diferida* de um ato que viram algum tempo antes. Contudo, bebês de apenas 6 semanas imitaram os movimentos faciais de um adulto após um intervalo de 24 horas, na presença do mesmo adulto, que dessa vez mostrou-se sem expressão. Isso sugere que bebês muito jovens são capazes de manter uma representação mental de um evento (Meltzoff e Moore, 1994, 1998).

Bebês de 6 a 9 meses demonstraram imitação diferida de uma seqüência complexa de ações que observaram, mas não tiveram a oportunidade imediata de experimentar (Meltzoff e Moore, 1998). Em um experimento na Nova Zelândia, bebês de diversas idades observaram um pesquisador tirar a luva de um fantoche, soar um sino dentro

da luva três vezes e depois recolocar a luva no fantoche. Bebês de apenas 9 meses imitavam essas ações 24 horas depois se estivessem no mesmo lugar com as mesmas pessoas. Até bebês de 6 meses, quando recebem tempo extra para sessões de demonstração, eram capazes de repetir a primeira parte da sequência depois de um dia, mas bebês com mais idade imitavam com mais precisão (Barr, Dowden e Hayne, 1996).

Durante o segundo ano de vida, vínculos contextuais específicos entre o treinamento e as situações de teste tornam-se menos críticos. Após 24 horas, bebês de 12 meses demonstram imitação diferida somente quando a cor e a forma do fantoche são praticamente idênticos às originais. Crianças de 18 meses só respondem se as diferenças de cor e forma forem pequenas (como de um coelho e um rato); crianças de 21 meses reagem a um fantoche consideravelmente diferente (uma vaca comparada com um pato). O tempo entre o treinamento e os testes também é um fator relevante. Se o intervalo for de apenas 10 minutos, bebês de 12 meses imitam um estímulo de uma cor diferente da original, e bebês de 14 meses imitam um estímulo de um formato diferente (Barnat, Klein e Meltzoff, 1996; Hayne, MacDonald e Barr, 1997). Em outra pesquisa, bebês de 14 a 18 meses que observaram outras crianças brincar com objetos (por exemplo, colocando contas em uma xícara ou soando uma campainha), tanto em um laboratório, como em uma creche, repetiram o comportamento quando receberam os mesmos objetos em casa dois dias depois - indício de que as crianças pequenas são capazes de imitação diferida em um contexto totalmente diferente (Hanna e Meltzoff, 1993).

Pode a imitação ocorrer depois de um intervalo muito maior? Em um estudo, crianças de 16 e 20 meses de idade reproduziram atividades como iluminar um painel alaranjado tocando-o com a testa - procedimento que haviam visto de 2 a 4 meses antes (Meltzoff, 1995).

De modo geral, portanto, bebês e crianças pequenas parecem ser cognitivamente muito mais competentes do que Piaget imaginava e apresentam sinais de pensamento conceitual mais cedo (Flavell, Miller e Miller, 1993). Isso não significa que os bebês vêm ao mundo com suas mentes plenamente formadas. Parece que Piaget estava certo em sua concepção de que formas imaturas de cognição abrem caminho para formas mais maduras. Podemos ver isso, por exemplo, nos erros que bebês muito novos cometem ao procurarem objetos escondidos. Mas Piaget talvez estivesse errado em sua ênfase à experiência motora como principal "motor" do desenvolvimento cognitivo. As percepções dos bebês estão muito à frente de suas capacidades motoras, e os métodos de hoje permitem aos pesquisadores fazer observações e inferências sobre essas percepções. Como a percepção relaciona-se com a cognição, é uma importante área de estudo, como veremos na seção a seguir (Flavell et al., 1993).

Pense sobre isso ...

- Que comentários Piaget poderia ter feito sobre os apontamentos de Darwin em seu diário sobre o desenvolvimento inicial de seu filho?
- Com base nas observações de Piaget e nas pesquisas que elas inspiraram, que fatores você levaria em conta ao planejar ou adquirir um brinquedo ou livro para um bebê ou criança pequena?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar por que Piaget pode ter subestimado algumas das capacidades cognitivas dos bebês e discutir as implicações da pesquisa sobre imitação em bebês e crianças pequenas?

abordagem do processamento de informações

É a abordagem de estudo do desenvolvimento cognitivo pela observação e análise dos processos mentais envolvidos na percepção e no uso da informação.

Estudando o Desenvolvimento Cognitivo: Abordagens Mais Recentes

Durante as últimas décadas, os pesquisadores têm utilizado três novas abordagens para ampliar nosso conhecimento sobre o desenvolvimento cognitivo de bebês e crianças pequenas.

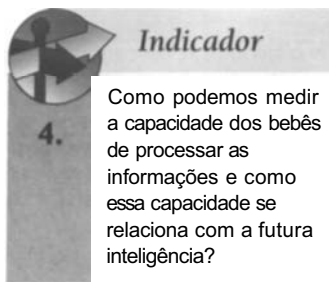
- A **abordagem do processamento de informações** se concentra nos processos envolvidos na percepção, aprendizagem, memória e resolução de problemas. Procura descobrir o que as pessoas fazem com as informações antes de utilizá-las.
- A **abordagem da neurociência cognitiva** examina o *hardware* do sistema nervoso central. Ela procura identificar que estruturas cerebrais estão envolvidas em aspectos específicos da cognição.
- A **abordagem sociocontextual** examina os aspectos ambientais do processo de aprendizagem, principalmente o papel dos pais e outros cuidadores.

abordagem da neurociência cognitiva

É abordagem para o estudo do desenvolvimento cognitivo que liga os processos cerebrais aos processos cognitivos.

abordagem sociocontextual

Abordagem de estudo do desenvolvimento cognitivo que enfoca a influência dos aspectos ambientais do processo de aprendizagem, particularmente dos pais e outros cuidadores.



Abordagem do Processamento de Informações: Percepções e Representações

Como a abordagem psicométrica, a teoria do processamento de informações trata das diferenças individuais no comportamento inteligente. Ao contrário da abordagem psicométrica, procura descrever os processos mentais envolvidos na aquisição e memorização de informações ou na resolução de problemas, em lugar de simplesmente inferir diferenças no funcionamento mental a partir de respostas dadas ou problemas resolvidos. A pesquisa sobre o processamento de informações utiliza novos métodos para testar idéias sobre o desenvolvimento cognitivo das crianças oriundas das abordagens psicométrica e piagetiana. Por exemplo, os pesquisadores do processamento de informações analisam as partes separadas de uma tarefa complexa, como as tarefas de busca de objeto de Piaget, para entender que habilidades são necessárias para cada parte da tarefa e em que idade essas habilidades desenvolvem-se. A pesquisa sobre o processamento de informações também procura medir o que desperta a atenção dos bebês e por quanto tempo.

Habituação

Com aproximadamente 6 semanas de idade, André chupa o bico tranqüilamente deitado em seu berço perto da janela. É um dia nublado, mas de repente o sol se mostra, e uma réstia de luz aparece na ponta do berço. André pára de sugar por alguns segundos, observando o padrão de luz e sombra. Depois ele olha noutra direção e começa a sugar o bico outra vez.

Não sabemos o que estava acontecendo na mente de André quando ele viu a réstia de luz, mas pelo seu comportamento, sugando o bico e olhando, podemos saber em que momento ele começou a prestar atenção e quando parou. Esses simples comportamentos podem ser indicadores de percepção e discriminação sensorial ou até de futura inteligência.

Muitas pesquisas sobre processamento de informações com bebês baseiam-se na **habituação**, um tipo de aprendizagem simples em que a repetida ou contínua exposição a um estímulo (como a réstia de luz) reduz a atenção àquele estímulo. Em outras palavras, a familiaridade gera a falta de interesse. A medida que se habituam, os bebês transformam o novo em familiar, o desconhecido em conhecido (Rheingold, 1985).

Os pesquisadores estudam a habituação em recém-nascidos apresentando repetidamente um estímulo (geralmente um padrão sonoro ou visual) e então monitorando reações, como frequência cardíaca, sucção, movimentos oculares e atividade cerebral. Um bebê que está mamando normalmente pára quando o estímulo é apresentado pela primeira vez e só volta a mamar depois que o estímulo parou. Depois que o mesmo som ou a mesma imagem foi apresentado muitas vezes, perde-se a novidade, o que não faz mais o bebê parar de mamar. Mamar sem interrupção indica que o bebê se habituou ao estímulo. Um novo som ou uma nova imagem, contudo, pode despertar a atenção do bebê, fazendo com que ele volte a parar de mamar. Essa aumentada resposta a um novo estímulo é chamada de **desabituação**.

Os pesquisadores avaliam a eficiência do processamento de informações nos bebês medindo com que rapidez eles se habituam a estímulos familiares, com que rapidez sua atenção recupera-se quando são expostos a novos estímulos e quanto tempo passam observando o novo e o velho. A eficiência da habituação correlaciona-se com outros sinais de desenvolvimento cognitivo, como preferência pela complexidade, rápida exploração do ambiente, sofisticação das brincadeiras, rápida resolução de problemas e capacidade de combinar figuras. Na verdade, como veremos, a rapidez da habituação e outras capacidades de processamento de informações são promissoras como indicadores de futura inteligência (Bornstein e Sigman, 1986; Colombo, 1993; McCall e Carriger, 1993).

A habituação tem sido utilizada para estudar tópicos que variam desde a capacidade dos bebês de detectar diferenças entre padrões visuais até a capacidade de categorizar pessoas, objetos e acontecimentos - capacidades que pareceriam exigir representações mentais. Por exemplo, bebês de 3 meses que estiveram olhando para uma fotografia de um cão olham por mais tempo para uma fotografia de um gato do que para outra fotografia de um cão, o que demonstra que eles reconhecem a diferença entre cães e gatos (Quinn, Eimas e Rosenkrantz, 1993). Entretanto, é importante não exagerar

habituação

Tipo de aprendizagem simples em que a familiaridade com um estímulo reduz, retarda ou elimina uma resposta. Compare com *desabituação*.

desabituação

Aumento na responsividade após apresentação de um novo estímulo. Compare com *habituação*.



Este bebê sabe reconhecer a diferença entre uma boneca de pano e outra? Esta pesquisadora pode descobrir isso verificando se o bebê está habituado - acostumou-se com um rosto - e então pára de mamar quando um novo rosto aparece, demonstrando reconhecimento da diferença.

os resultados dessa pesquisa. O fato de que um bebê presta mais atenção a uma nova forma do que a um padrão conhecido indica que o bebê consegue identificar a diferença entre os dois, mas não revela que significado *cognitivo*, se algum, o bebê atribui a essa diferença (Haith e Benson, 1998).

Capacidades Iniciais de Percepção e Processamento

A quantidade de tempo que um bebê despende olhando para imagens diferentes é uma medida da **preferência visual**, a qual se baseia na capacidade de fazer distinções visuais. Pesquisas clássicas de Robert Fantz e colaboradores revelaram que bebês com menos de 2 dias de vida preferem linhas curvas a linhas retas, padrões complexos a padrões simples, objetos tridimensionais a objetos bidimensionais, fotografias de rostos a fotografias de outras coisas e imagens novas a imagens conhecidas (Fantz, 1963, 1964, 1965; Fantz, Fagen e Miranda, 1975; Fantz e Nevis, 1967).

Se os bebês prestam mais atenção a novos estímulos do que a estímulos conhecidos - fenômeno chamado de *preferência pela novidade* - eles sabem diferenciar o novo do velho. Portanto, dizem os teóricos do processamento de informações, devem ser capazes de se lembrar do velho. Sua capacidade de comparar novas informações com informações que já possuem sugere que podem formar representações mentais (Zelazo, Kearsley e Stack, 1995). A eficiência do processamento de informações depende da rapidez com que eles formam e reportam-se a essas imagens.

Em oposição à concepção de Piaget, os estudos sobre habituação e preferência pela novidade sugerem que essa habilidade existe desde ou logo após o nascimento e rapidamente se torna mais eficiente. Os recém-nascidos sabem distinguir sons que já ouviram de outros que nunca ouviram. Em um estudo, bebês que ouviram um determinado som da fala um dia após o nascimento pareciam lembrar-se daquele som 24 horas depois, como demonstra uma reduzida tendência de virar a cabeça em direção ao som e até uma tendência de virar em outra direção (Swain, Zelazo e Clifton, 1993). Na verdade, como descrevemos no Capítulo 4, os recém-nascidos parecem se lembrar de sons que ouviram no útero.

Piaget acreditava que os sentidos não têm relação entre si no nascimento e só se integram gradualmente através da experiência. Se for assim, essa integração começa muito cedo. O fato de que recém-nascidos olham para uma fonte de som indica que eles associam audição e visão. Uma capacidade mais sofisticada é a **transferência intermodal**, a capacidade de utilizar as informações obtidas através de um dos sentidos para guiar outro - como quando uma pessoa atravessa uma sala escura tocando objetos familiares ou identifica objetos visualmente depois de tocá-los com os olhos fechados. Em um estudo, bebês de 1 mês demonstraram que conseguiam transferir informações obtidas através do tato (sugando) para a visão. Quando os bebês viram um objeto rígido (um cilindro plástico duro) e outro flexível (uma esponja molhada) sendo manipulado por um par de mãos, olharam por mais tempo para o objeto que há pouco haviam su-

preferência visual

Tendência dos bebês de olhar para certos estímulos por mais tempo do que para outros.

transferência intermodal

Capacidade de utilizar informações obtidas através de um dos sentidos para guiar outro.

gado (Gibson e Walker, 1984). A utilização de transferência intermodal para julgar algumas outras propriedades dos objetos, como a forma, parece desenvolver-se somente alguns meses depois (Maurer, Stager e Mondloch, 1999).

A agilidade de processamento aumenta rapidamente durante o primeiro ano de vida. Ela continua aumentando durante o segundo e terceiro anos, quando a interferência de informações previamente processadas passa a ser mais bem controlada (Zelazo et al., 1995).

Processamento de Informações como Indicador de Futura Inteligência

Devido à fraca correlação entre os escores dos bebês em testes de desenvolvimento e seu posterior QI, muitos psicólogos acreditavam que o funcionamento cognitivo dos bebês tinha pouco em comum com o de crianças mais velhas e adultos - em outras palavras, que havia uma descontinuidade no desenvolvimento cognitivo (Kopp e McCall, 1982). Piaget também acreditava nisso. Entretanto, quando os pesquisadores avaliam como bebês e crianças pequenas processam as informações, alguns aspectos do desenvolvimento mental parecem ser bastante contínuos desde o nascimento (Bornstein e Sigman, 1986; Colombo, 1993; Colombo e Janowsky, 1998; Dougherty e Haith, 1997; McCall e Carriger, 1993; Thompson, Fagan e Fulker, 1991). Crianças que, desde o início, eram eficientes para receber e interpretar as informações sensoriais apresentam bons resultados em testes de inteligência.

Em muitos estudos longitudinais, as capacidades de habituação e de recuperação da atenção durante os primeiros 6 meses a 1 ano de vida eram moderadamente úteis para prever os escores em testes de QI entre as idades de 1 e 8 anos. O mesmo ocorreu com a **memória de reconhecimento visual** - a capacidade de distinguir imagens conhecidas de imagens desconhecidas quando ambas são mostradas ao mesmo tempo, medida pela tendência de olhar algo novo por mais tempo (Bornstein e Sigman, 1986; Colombo, 1993; McCall e Carriger, 1993). Em um estudo, bebês que, aos 5 e 7 meses, preferiam olhar novas fotografias a olhar outras que tinham visto anteriormente tendiam a obter escores mais altos nas escalas Bayley aos 2 anos e na Stanford-Binet aos 3 anos. Eles também apresentavam melhores habilidades de linguagem e capacidade de memória aos 3 anos (Thompson et al., 1991). Em outro estudo, uma combinação de memória de reconhecimento visual aos 7 meses e transferência intermodal aos 12 meses previam o QI aos 11 anos e também apresentavam uma relação modesta (mas mesmo assim notável depois de 10 anos!) com a velocidade de processamento e a memória nessa idade (Rose e Feldman, 1995, 1997).

O *tempo de reação visual* e a *antecipação visual* de um bebê podem ser medidos pelo *paradigma de expectativa visual*. Uma série de imagens geradas em computador aparece brevemente, algumas no lado direito e outras no lado esquerdo do campo visual periférico de um bebê. A mesma sequência de imagens é repetida diversas vezes. Os movimentos oculares do bebê são medidos para ver com que rapidez os olhos do bebê mudam para uma imagem que há pouco apareceu (tempo de reação) ou para o local onde o bebê espera que a próxima imagem apareça (antecipação). Essas medições podem indicar atenção e velocidade de processamento, bem como a tendência de formar expectativas com base na experiência. Em um estudo longitudinal, o tempo de reação visual e a antecipação visual aos 3 meses e meio correlacionavam-se com o QI aos 4 anos (Dougherty e Haith, 1997).

A sensibilidade a distinções auditivas pode ser outro indicador precoce de capacidade cognitiva. A pesquisa constatou correlações significativas entre a capacidade de discriminar sons aos 4 meses de idade e o QI aos 5 anos (O'Connor, Cohen e Parmelee, 1984).

De modo geral, existem muitos indícios de que as habilidades que os bebês utilizam para processar as informações sensoriais estão relacionadas com as habilidades cognitivas que os testes de inteligência medem. Mesmo assim, precisamos ter cautela na interpretação dessas descobertas. A maioria dos estudos utiliza amostras pequenas. Além disso, a previsibilidade do QI na infância com base nas medidas de habituação e memória de reconhecimento é apenas modesta. Não é superior à previsibilidade baseada no nível de instrução dos pais e na condição socioeconômica e é menor do que a previsibilidade baseada em outros comportamentos do bebê, como vocalização precoce. Previsões baseadas exclusivamente em medidas de processamento de informações não levam em conta a influência de fatores ambientais (Colombo e Janowsky, 1998; Laucht,

memória de reconhecimento visual

Capacidade de distinguir um estímulo visual conhecido de outro desconhecido quando ambos são apresentados ao mesmo tempo.

Esser e Schmidt, 1994; McCall e Carriger, 1993). Por exemplo, a responsividade materna nos primeiros meses de vida parece contribuir para a relação entre a inicial capacidade de atenção e as habilidades cognitivas posteriores na infância (Bornstein e Tamis-LeMonda, 1994) e até nos 18 anos de idade (Sigman, Cohen e Beckwith, 1997).

Violação de Expectativas e o Desenvolvimento do Pensamento

Segundo a pesquisa sobre **violação de expectativas**, os bebês começam a pensar e raciocinar sobre o mundo físico muito mais cedo do que Piaget acreditava. No método de violação de expectativas, os bebês primeiro se habitua a ver um determinado evento como normalmente ele ocorreria. O evento é então alterado de uma forma que conflita com (viola) as expectativas normais. A tendência de um bebê de observar por mais tempo o evento alterado (desabituação) é interpretada como evidência de que o bebê reconhece-o como surpreendente.

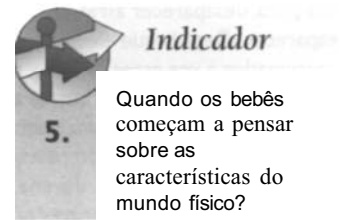
Os pesquisadores que utilizam esse método afirmam que alguns dos conceitos que, segundo Piaget, se desenvolvem próximo ao fim do estágio sensório-motor, como permanência do objeto, número e causalidade, os quais dependem todos da formação de representações mentais, na verdade surgem muito mais cedo (ver a Tabela 5-4). Propôs-se que os bebês podem nascer com capacidades de raciocínio - *mecanismos de aprendizagem inatos* que lhes ajudam a dar sentido às informações que encontram - ou adquirir essas capacidades muito cedo (Baillargeon, 1994). Alguns pesquisadores vão além, sugerindo que os bebês podem já nascer com *conhecimento* intuitivo sobre princípios físicos básicos - conhecimento que então se desenvolve mais com a experiência (Spelke, 1994, 1998). Como veremos, essas interpretações e conclusões são muito controversas.

Permanência do Objeto Utilizando o método de violação de expectativas, Renée Baillargeon e colaboradores afirmam ter obtido evidência de permanência do objeto em bebês de apenas 3 meses e meio. Os bebês pareciam surpresos quando uma cenoura comprida que deslizava por trás de uma tela de mesma altura não aparecia em uma grande abertura na parte superior da tela antes de aparecer de novo no outro lado (Baillargeon e DeVos, 1991; ver Figura 5-4). E claro que, uma vez que essa tarefa é muito diferente da de Piaget, ela pode não avaliar precisamente a mesma capacidade. O reconhecimento de que um objeto que desapareceu em um lado de uma tela é o mesmo que o objeto que reaparece no outro lado não implica necessariamente conhecimento de que o objeto deveria ter continuado existindo por trás da tela (Meltzoff e Moore, 1998). Ainda assim, esse experimento sugere que pelo menos uma forma rudimentar de permanência do objeto pode estar presente nos primeiros meses de vida.

Os críticos apresentam duas contestações práticas ao aparecimento precoce da permanência do objeto (Haith e Benson, 1998). Se bebês de apenas 3 meses e meio possuem um conceito assim, por que somente vários meses depois de poderem pegar os objetos é que eles começam a procurar algo que viram ser escondido? E por que, como vimos, eles cometem erros em suas buscas? Uma resposta é que uma forma rudimentar de conhecimento do objeto pode existir nos primeiros meses de vida e tornar-se mais sofisticada à medida que os bebês adquirem experiência em pegar e manusear objetos (Spelke, 1998).

Número A pesquisa sobre violação de expectativas também sugere que a compreensão dos números pode começar muito antes do sexto subestágio, época em que, segundo Piaget, as crianças começam a utilizar símbolos pela primeira vez. Em uma série de experimentos, Karen Wynn (1992) verificou se bebês de 5 meses de vida são capazes de adicionar e subtrair pequenos números de objetos (ver Figura 5-5). Os bebês viam bonecos de brinquedo serem colocados atrás de uma tela, e um boneco era acrescentado ou retirado.

Este bebê parece estar demonstrando pelo menos o germe do conceito de permanência do objeto ao procurar algo que está parcialmente escondido. Ele provavelmente terá o conceito completo aos 18 meses, momento em que procurará objetos ou pessoas mesmo quando não tiver visto onde eles foram escondidos.



violação de expectativas
Método de pesquisa em que a desabituação a um estímulo que conflita com a experiência prévia é interpretada como evidência de que um bebê reconhece o novo estímulo como surpreendente.



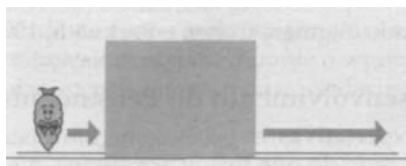
Figura 5-4

Permanência do objeto nos bebês. Neste experimento, bebês de 3 meses e meio viram uma cenoura baixa e depois alta deslizar ao longo de uma pista, desaparecer atrás de uma tela e depois reaparecer. Depois que eles estavam acostumados a ver esses eventos, a tela opaca era substituída por outra com uma grande abertura na parte superior. A cenoura pequena não aparecia na abertura quando passava por trás da tela; a cenoura grande, que deveria ter aparecido na abertura, também não aparecia. Os bebês observaram o acontecimento com a cenoura grande por mais tempo do que o evento com a cenoura pequena, o que sugere que ficaram surpresos porque a cenoura grande não apareceu.

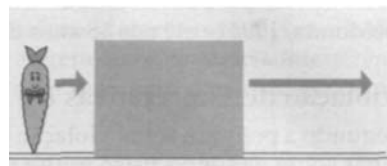
(Fonte: Baillargeon e DeVos, 1991.)

Eventos de Habituação

Evento com cenoura pequena

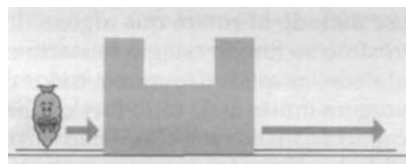


Evento com cenoura comprida

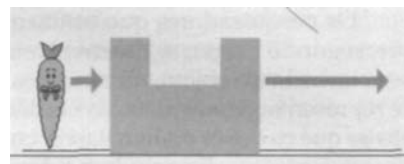


Eventos Experimentais

Evento possível

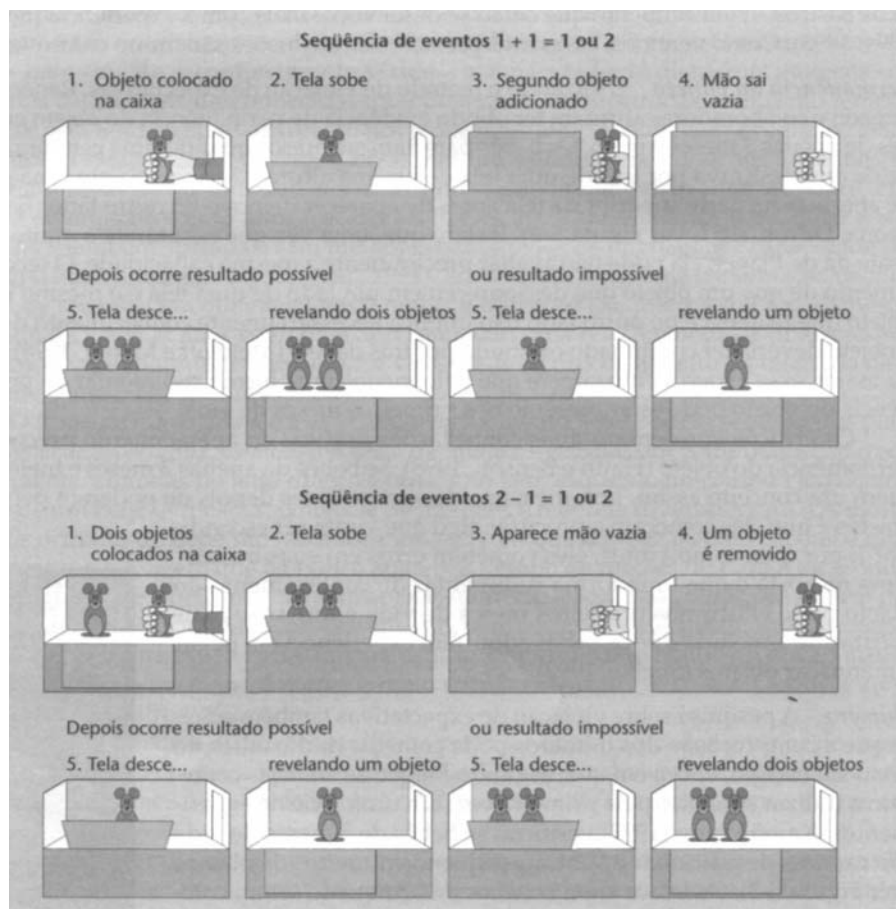


Evento impossível

**Figura 5-5**

Bebês de 5 meses são capazes de contar? Para o problema de adição ("um mais um"), o pesquisador mostrava ao bebê um boneco, depois o escondia atrás de uma tela. O bebê via uma mão colocar outro boneco atrás da tela; a tela era então retirada, revelando dois bonecos. Às vezes, havia uma resposta falsa; o bebê via apenas um ou então três bonecos. Nos experimentos de subtração ("dois menos um"), o pesquisador mostrava **dois** bonecos, depois retirava um, e os bebês viam um ou dois bonecos. Os bebês claramente olhavam as respostas "erradas" surpreendentes por mais tempo do que as respostas corretas esperadas, o que sugere que eles tinham "computado" as respostas corretas mentalmente.

(Fonte: Wynn, 1992.)



A tela era então levantada para revelar o número esperado ou um número diferente de bonecos. Em todos os experimentos, os bebês olharam por mais tempo para as respostas "erradas" surpreendentes do que para as respostas "certas" esperadas, sugerindo (segundo Wynn) que eles tinham mentalmente "computado" as respostas corretas. Outros pesquisadores que replicaram esses experimentos obtiveram resultados semelhan-

tes, mesmo quando um dos bonecos era substituído por outro diferente, indicando que era ao *número* de bonecos, e não a sua aparência ou identidade física, que os bebês estavam reagindo (Simon, Hespos e Rochat, 1995).

Segundo Wynn, essa pesquisa levanta a possibilidade de que os conceitos numéricos sejam inatos - que quando os pais ensinam os números aos bebês, eles podem estar ensinando apenas os nomes ("um, dois, três") de conceitos que eles já conhecem. Entretanto, a idéia de uma capacidade inata é apenas uma especulação, pois os bebês nesses estudos já tinham 5 ou 6 meses. Além disso, a memória sensorial simples pode explicar as descobertas. Os bebês podem estar apenas reagindo à presença intrigante de um boneco que viram ser retirado detrás da tela ou à ausência de um boneco que viram ser colocado ali (Haith, 1998; Haith e Benson, 1998).

Causalidade Piaget acreditava que a compreensão de *causalidade*, o princípio de que um evento causa outro, desenvolve-se lentamente durante o primeiro ano de vida. Aproximadamente dos 4 aos 6 meses, quando os bebês adquirem a capacidade de pegar os objetos, eles começam a entender que podem atuar sobre o ambiente. Assim, o conceito de causalidade se enraíza no surgimento da consciência do poder de suas próprias intenções. Contudo, segundo Piaget, os bebês ainda não sabem que as causas devem preceder os efeitos; só em torno de 1 ano eles percebem que forças fora de si mesmos podem fazer as coisas acontecerem.

Algumas pesquisas sugerem que um mecanismo de reconhecimento de causalidade existe muito mais cedo (Mandler, 1998). Em experimentos de habituação-desabituação, bebês de 6 meses e meio perceberam a diferença entre eventos que ocasionam outros eventos (como um tijolo que golpeia outro, mudando sua posição) e eventos que ocorrem sem causa aparente (como um tijolo que se afasta de outro sem ter sido atingido por ele). Assim, em tenra idade, os bebês estão cientes da continuidade das relações no tempo e no espaço - um primeiro passo para a compreensão de causalidade (Leslie, 1982). Estudos de seguimento sugerem que os bebês identificam algo especial nos eventos causais quando comparados com outras seqüências de eventos (Leslie e Keeble, 1987). Uma hipótese é a de que os bebês possuem um "módulo" cerebral especial que atua como um detector de movimento causai, dirigindo a atenção para eventos com relação causai entre si (Leslie, 1988, 1994).

Os pesquisadores que acreditam em um desenvolvimento mais lento da compreensão causai, como proposto por Piaget, atribuem esta compreensão a um aperfeiçoamento gradual das capacidades de processamento de informações (Cohen e Oakes, 1993; Oakes, 1994). Bebês mais jovens podem fazer interpretações causais sobre um determinado conjunto de objetos e circunstâncias, mas ainda não aplicam um conceito geral de causalidade a todos os objetos em todas as circunstâncias. À medida que acumulam mais informações sobre como os objetos comportam-se, os bebês adquirem maior capacidade de identificar causalidade em diversas situações.

Avaliação da Pesquisa sobre Violação de Expectativas

Existe certo ceticismo sobre o que os estudos sobre violação de expectativas indicam. A reação dos bebês revela uma compreensão conceitual do modo como as coisas funcionam, ou apenas uma consciência perceptual de que alguma coisa nova ou incomum aconteceu? O fato de que um bebê observa mais uma cena do que outra pode indicar apenas que sabe

Este bebê de 5 meses está descobrindo que pode fazer uma corrente suspensa chocalhar e balançar puxando-a. Quando bebês dessa idade tornam-se capazes de pegar os objetos, disse Piaget, eles descobrem o poder de suas próprias intenções - um primeiro passo para compreender causalidade.



ver a diferença entre as duas. Isso não demonstra que o bebê sabe sobre a diferença ou que está realmente surpreso. A "representação mental" à qual o bebê se reporta pode não ser mais do que uma breve memória sensorial de algo que acabou de ver. Também é possível que o bebê, ao acostumar-se ao evento de habituação, desenvolve expectativas que são então violadas pelo evento "surpreendente" e que não possuía tal conhecimento ou expectativas antes (Goubet e Clifton, 1998; Haith, 1998; Hiath e Benson, 1998; Mandler, 1998; Munakata, em fase de elaboração; Munakata, McClelland, Johnson e Siegler, em fase de elaboração).

Os defensores da nova pesquisa insistem que a interpretação conceitual é a que melhor explica as evidências (Baillargeon, em fase de elaboração; Spelke, 1998), mas uma variação recente sobre um dos experimentos de Baillargeon sugere outra coisa. Em seus experimentos originais, Baillargeon (1994) mostrou a bebês de diversas idades uma "ponte levadiça" girando 180 graus. Quando os bebês estavam habituados à rotação, introduziu-se um obstáculo com formato de caixa. Aos 4 meses e meio, os bebês pareciam demonstrar (olhando por mais tempo) que percebiam que a ponte levadiça não poderia se movimentar através de toda a caixa (ver Figura 5-6). Pesquisadores posteriores replicaram o experimento, mas eliminaram a caixa. Crianças de 5 meses continuavam observando a rotação de 180 graus por mais tempo do que um grau menor de rotação, ainda que não houvesse nenhum obstáculo - sugerindo que a explicação pode ser simplesmente uma preferência por maior movimento (Rivera, Wakeley e Langer, 1999).

Futuras pesquisas poderão esclarecer essas questões. Enquanto isso, os cientistas do desenvolvimento precisam ser cautelosos ao inferir a existência de capacidades cognitivas comparáveis a de adultos que não estejam conclusivamente estabelecidas, quando os dados podem ter explicações mais simples, ou podem representar apenas uma realização parcial de capacidades maduras (Haith, 1998).

VERIFICADOR

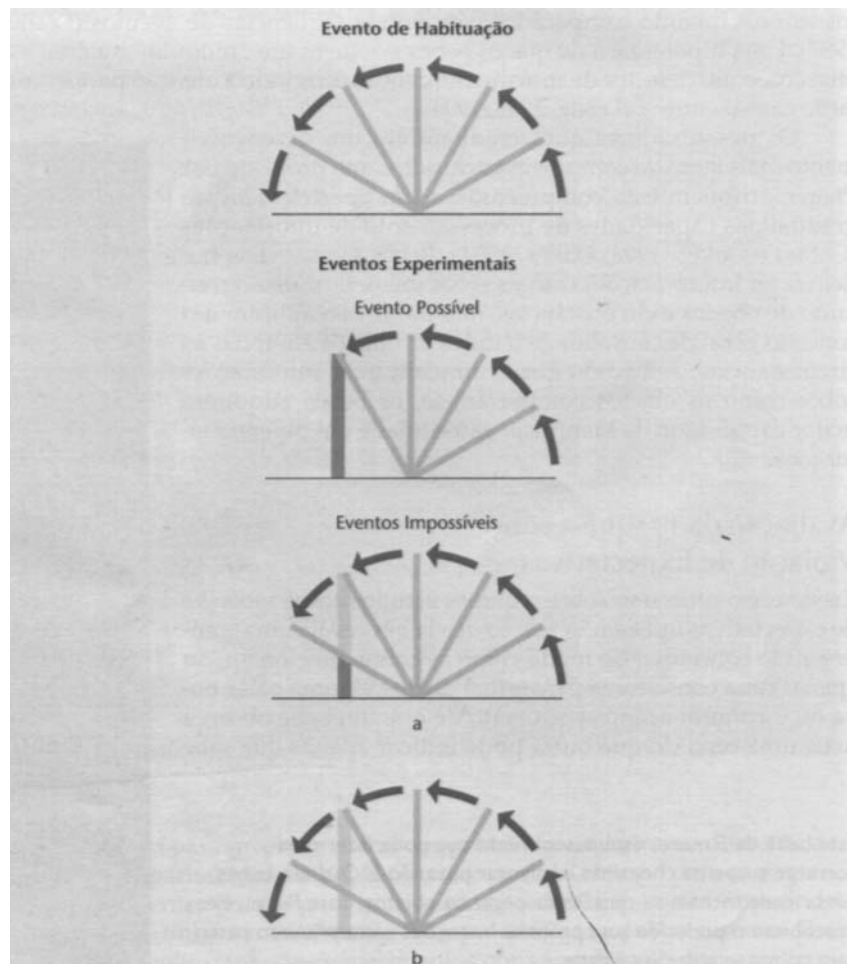
Você é capaz de ...

- ✓ Descrever o método de violação de expectativas, explicar como e por que ele é utilizado e relacionar algumas das críticas feitas a ele?
- ✓ Discutir três áreas em que a pesquisa sobre violação de expectativas parece contradizer a explicação do desenvolvimento oferecida por Piaget?

Figura 5-6

Teste para a compreensão dos bebês de como um obstáculo funciona. Os bebês primeiro se acostumam a ver uma "ponte levadiça" girar 180 sobre uma das bordas. Depois coloca-se uma caixa ao lado da ponte. No evento possível, a ponte pára quando chega à borda da caixa. Nos eventos impossíveis, a ponte gira através de uma parte ou de todo o espaço ocupado pela caixa. Com base na quantidade de tempo que observam cada evento, bebês de 4 meses e meio parecem saber que a ponte não pode passar através de toda a caixa (b), mas até os 6 meses e meio, os bebês não reconhecem que a ponte não pode passar através de 80% da caixa (a).

(Fonte: Adaptado de Baillargeon, 1994.)



Abordagem da Neurociência Cognitiva: As Estruturas Cognitivas do Cérebro

A crença de Piaget de que a maturação neurológica é um fator importante no desenvolvimento cognitivo era apenas uma suposição. Hoje, a pesquisa em neurociência cognitiva, o estudo das estruturas cerebrais que regem o pensamento e a memória, confirmam essa idéia.

Estamos aprendendo sobre o desenvolvimento neurológico dos bebês tanto indiretamente, a partir de estudos com macacos, coelhos e outros animais, quanto diretamente, a partir de instrumentos que medem a atividade cerebral humana. Os estudos do funcionamento cerebral do bebê utilizaram princípios behavioristas (condicionamento clássico e operante) e tarefas piagetianas (como imitação diferida e permanência do objeto). Outros estudos investigaram o aspecto físico do processamento de informações. Medições realizadas no couro cabeludo dos bebês registram as ondas cerebrais associadas à memória de reconhecimento visual (Nelson e Collins, 1991, 1992), memória de reconhecimento auditivo (Thomas e Lykins, 1995) e transferência intermodal (Nelson, Henschel e Collins, 1993), além de respostas físicas envolvidas na habituação, antecipação visual e tempo de reação.

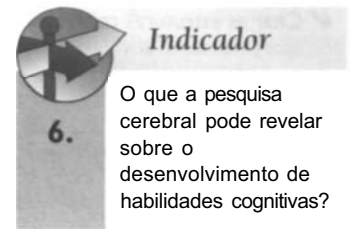
Os cientistas estão obtendo um quadro cada vez mais claro acerca das estruturas cerebrais específicas que influenciam cada aspecto da memória (ver a Figura 4-6 e a discussão sobre desenvolvimento cerebral no Capítulo 4). Estudos de adultos normais e com danos cerebrais apontam para dois sistemas de memória de longo prazo separados - *explícito* e *implícito* - que adquirem e armazenam diferentes tipos de informação por períodos mais longos de tempo. A **memória explícita** é a lembrança consciente ou intencional, geralmente de fatos, nomes, eventos ou outras coisas que as pessoas podem afirmar ou declarar. A **memória implícita** refere-se à recordação de hábitos e habilidades, como saber como arremessar uma bola ou andar de bicicleta. Exames cerebrais forneceram evidência física direta da existência e localização desses sistemas de memória distintos (Squire, 1992; Vargha-Khadem et al., 1997).

A memória implícita parece desenvolver-se mais cedo e amadurecer mais rapidamente do que a memória explícita. Dois tipos de memória implícita desenvolvem-se durante os primeiros meses de vida: a memória para procedimentos (como prever a próxima luz em uma seqüência), que parece estar centrada no *estriado*, e para condicionamento, que parece depender do *cerebelo* e de núcleos celulares profundos no *tronco encefálico*. Ao mesmo tempo, aparentemente desenvolve-se um precursor reflexo da memória explícita; ele é basicamente dependente do *hipocampo*, estrutura com formato de cavalo-marinho de localização profunda na porção central do cérebro, o *lobo temporal medial*. Esse sistema de memória pré-implícita permite aos bebês lembrar imagens ou sons por alguns segundos - tempo suficiente para mostrar simples preferências por novidades (Nelson, 1995).

Entre os 6 e 12 meses, uma forma mais sofisticada de memória explícita modifica ou substitui a forma pré-implícita. Ela utiliza estruturas corticais, que são o principal sítio de conhecimento geral (*memória semântica*), bem como estruturas associadas ao hipocampo, que regem a memória de experiências específicas (*memória episódica*) (Nelson, 1995; Vargha-Khadem et al., 1997). Esse avanço é responsável pela emergência de formas complexas de transferência intermodal.

Acredita-se que a maior região do lobo frontal, denominada *córtex pré-frontal* (porção do lobo frontal localizada diretamente atrás da testa), controla muitos aspectos da cognição. Essa é a parte do cérebro que se desenvolve mais lentamente (Johnson, 1998). Durante a segunda metade do primeiro ano, o córtex pré-frontal e os circuitos associados desenvolvem a capacidade de **memória de trabalho**, armazenamento a curto prazo de informações que o cérebro está ativamente processando, ou com as quais está trabalhando. E na memória de trabalho que as representações mentais são preparadas para armazenamento ou recuperadas dele.

O aparecimento relativamente tardio da memória de trabalho pode ser basicamente responsável pelo lento desenvolvimento da permanência do objeto, que parece estar assentado na região *dorsolateral* (traseira e lateral) do córtex pré-frontal (Nelson, 1995). Estudos encefalográficos confirmam uma ligação entre o funcionamento do córtex pré-frontal e êxito em uma busca retardada (Bell e Fox, 1992). Aos 12 meses, o córtex pré-frontal dorsolateral - embora ainda não plenamente maduro - pode estar desenvolvido o suficiente para permitir que um bebê não apenas se lembre de onde um objeto foi escondido, mas evite o erro A, não-B, controlando o impulso de procurar em um lugar onde o objeto foi anteriormente encontrado (Diamond, 1991).



memória explícita

Memória, geralmente de fatos, de nomes e de eventos, que é intencional e consciente. Compare com a *memória implícita*.

memória implícita

Memória, geralmente de hábitos e habilidades, que não requer recordação consciente; às vezes, é chamada de *memória de procedimentos ou procedural*. Compare com a *memória explícita*.

memória de trabalho

Armazenamento temporário das informações que estão sendo continuamente processadas.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Citar as estruturas cerebrais aparentemente envolvidas na memória implícita, pré-implícita, explícita e de trabalho, além de, pelo menos, uma tarefa que cada uma delas possibilita?
- ✓ Dizer como a pesquisa cerebral ajuda a explicar os desenvolvimentos piagetianos e as habilidades de processamento de informações e dar exemplos?

**Indicador**

Como a interação social com os adultos desenvolve a competência cognitiva?

participação guiada

Participação de um adulto na atividade de uma criança de modo a estruturar a atividade e a levar a criança a compreendê-la de uma forma mais próxima à do adulto.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Comparar dois padrões culturais de participação guiada na aprendizagem de crianças pequenas?

O desenvolvimento cerebral também pode explicar a abrupta transição aos 21 ou 22 meses de vida para o uso de pontos de referência como auxílio para recordar onde um objeto foi escondido (Newcombe et al., 1998). Essa mudança pode estar relacionada à maturação do hipocampo (Mangan, Franklin, Tignor, Bolling e Nadei, 1994; Newcombe et al., 1998).

Embora a memória explícita e a memória de trabalho continuem se desenvolvendo depois dos primeiros anos de vida, a emergência precoce das estruturas cerebrais de memória sublinha a importância da estimulação ambiental durante os primeiros meses de vida (ver o Capítulo 4). Os teóricos e os pesquisadores sociocontextuais dão especial atenção ao impacto das influências ambientais.

Abordagem Sociocontextual:**Aprendendo com as Interações com Cuidadores**

Como vimos, a responsividade dos pais e sua capacidade de criar um ambiente doméstico estimulante estão positivamente relacionadas com as capacidades de processamento de informações dos bebês e seu futuro QI. Pesquisadores influenciados pela teoria sociocultural de Vygotsky estudam como o contexto cultural influencia as primeiras interações sociais que podem promover competência cognitiva.

O conceito de **participação guiada** (Rogoff, 1990, 1998; Rogoff, Mistry, Gönçü e Mosier, 1993) foi inspirado pela zona de desenvolvimento proximal de Vygotsky (consultar o Capítulo 2) e sua visão da aprendizagem como um processo cooperativo. A participação guiada refere-se às interações mútuas com adultos que ajudam a estruturar as atividades das crianças e estabelecer uma ligação entre a compreensão da criança e do adulto. A participação guiada costuma ocorrer nas brincadeiras e nas atividades cotidianas comuns, nas quais as crianças adquirem informalmente as habilidades, o conhecimento e os valores importantes em sua cultura.

Em um estudo intercultural (Rogoff et al., 1993), os pesquisadores visitaram os lares de 14 bebês de 1 a 2 anos em quatro comunidades: uma cidade maia na Guatemala, um aldeia tribal na Índia e bairros urbanos de classe média em Salt Lake City (EUA) e na Turquia. Os pesquisadores entrevistaram cuidadores sobre suas práticas de educação e observaram-nos ajudando as crianças a aprender a se vestir e a brincar com objetos que nunca tinham visto antes, como um jogo de bonecos que se encaixam uns dentro dos outros.

Na cidade guatemalteca, as crianças costumavam observar suas mães costurando e tecendo em casa para ajudar no sustento da família; na aldeia indiana, elas acompanhavam as mães em seu trabalho nos campos. Nessas comunidades, as crianças pequenas costumam brincar sozinhas ou com os irmãos mais velhos enquanto a mãe trabalha nas proximidades. As crianças turcas e norte-americanas possuíam mães que eram donas-de-casa em tempo integral ou, em Salt Lake City, ficavam em creches. Essas crianças de classe média interagiam com os pais ao brincar - no contexto de seu próprio ambiente de infância - mais do que nos ambientes de trabalho ou sociais de seus pais.

Essas diferenças culturais refletiam-se nos tipos de participação guiada que os pesquisadores observaram os pais utilizarem. Após demonstração e instrução iniciais de um cuidador (a mãe, o pai ou outro adulto), as crianças guatemaltecas e indianas assumiram o comando de sua própria aprendizagem, enquanto o cuidador permanecia disponível para atender os pedidos de ajuda. A comunicação era principalmente não-verbal. Os cuidadores norte-americanos, em contraste, enfatizavam a instrução verbal; falavam com as crianças de igual para igual e administravam sua aprendizagem, utilizando elogio, simulação de empolgação e outros motivadores. As famílias turcas, que passavam por uma transição de um modo de vida rural para urbano, apresentaram um padrão intermediário de participação guiada.

O contexto cultural, portanto, influencia como os cuidadores contribuem para o desenvolvimento cognitivo. Os pesquisadores sugerem que o envolvimento adulto direto nas brincadeiras e na aprendizagem das crianças pode ser menos adaptativo em um povoado rural ou pequena cidade de um país em desenvolvimento, nos quais as crianças costumam observar e participar das atividades dos adultos, do que em uma comunidade urbana de classe média, em que as mães donas-de-casa dispõem de mais tempo, maiores habilidades verbais e possivelmente maior interesse nas brincadeiras e na aprendizagem das crianças.

Voltaremos a examinar a interação com cuidadores em relação ao aprendizado da linguagem.

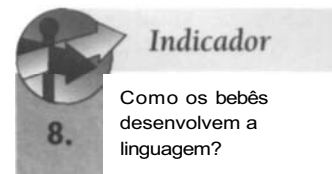
Desenvolvimento da Linguagem

A capacidade de utilizar a **linguagem**, um sistema de comunicação baseado em palavras e gramática, é um elemento crucial do desenvolvimento cognitivo. As crianças podem utilizar palavras para representar objetos e ações, para refletir sobre observações e experiências e para comunicar suas necessidades, seus sentimentos e suas idéias no intuito de exercer controle sobre suas vidas.

O desenvolvimento da linguagem ilustra a interação de todos os aspectos do desenvolvimento. À medida que as estruturas físicas necessárias para produzir os sons amadurecem e que as conexões neurais necessárias para associar som e significado estão ativas, a interação social com os adultos introduz os bebês à natureza comunicativa da fala. Vamos examinar a seqüência típica de desenvolvimento da linguagem (ver Tabela 5-4), algumas características da fala inicial, como os bebês adquirem a linguagem e evoluem em sua utilização e como os pais e outros cuidadores ajudam as crianças a se prepararem para a **alfabetização**, ou seja, para aprender a ler e escrever.

Seqüência do Desenvolvimento Inicial da Linguagem

A palavra *infant* (bebê) vem do latim e significa "sem fala", mas, na verdade, essa é uma denominação imprópria. Antes de poderem utilizar as palavras, os bebês comunicam suas necessidades e seus sentimentos - como fazia Doddy Darwin - através de sons que evoluem do choro para arrulhos e balbucios, depois para a imitação acidental e depois para a imitação deliberada. Esses sons são chamados de **fala pré-lingüística**. Os bebês também se desenvolvem na capacidade de reconhecer e compreender os sons da



linguagem

Sistema de comunicação baseado em palavras e na gramática.

alfabetização

Aprender (ou ensinar) a ler e escrever.

fala pré-lingüística

Precursora da fala lingüística; produção de sons que não são palavras. Inclui choro, arrulho, balbucio e imitação acidental e deliberada de sons sem compreensão de seu significado.

Tabela 5-4 Marcos no Desenvolvimento da Linguagem do Nascimento aos Três Anos

Idade em Meses	Desenvolvimento
Nascimento	É capaz de perceber a fala, chorar e dar alguma resposta ao som.
1,5 a 3	Arrulha e ri.
3	Brinca com os sons da fala.
4,5 a 6	Começa a armazenar padrões sonoros na memória e a ligar os sons ao significado, principalmente o de seu próprio nome e dos nomes dos pais.
6 a 10	Balbucia seqüências de consoantes e vogais.
6 a 12	Reconhece sons básicos da própria linguagem e começa a conhecer suas regras.
9 a 10	Imita sons.
9 a 12	Começa a utilizar gestos para se comunicar; utiliza gestos convencionais sociais.
10 a 12	Perde a capacidade de discriminar sons que não os de sua própria língua.
9 a 12	Utiliza alguns gestos sociais.
10 a 14	Diz a primeira palavra (geralmente o nome de alguma coisa).
10 a 18	Diz palavras isoladas.
	Compreende a função simbólica da denominação.
13	Utiliza gestos de representação.
14	Utiliza gestos simbólicos.
16 a 24	Aprende muitas palavras novas, expandindo rapidamente seu vocabulário de cerca de 50 para até 400 palavras; utiliza verbos e adjetivos.
18 a 24	Diz sua primeira frase (duas palavras).
20	Utiliza menos gestos; nomeia mais coisas.
20 a 22	Ocorre um salto na compreensão.
24	Utiliza muitas locuções de duas palavras; não balbucia mais; quer conversar.
30	Aprende novas palavras quase todos os dias; fala combinando três ou mais palavras; compreende muito bem; comete alguns erros gramaticais.
	Fala cerca de 1.000 palavras, 80% das quais inteligíveis; comete alguns erros de sintaxe.

Nota: As idades são médias.

Fonte: Bates, O'Connell e Shore, 1987; Capute, Shapiro e Palmer, 1987; Kuhl, Williams, Lacerda, Stevens e Lindblom, 1992; Lalonde e Werker, 1995; Lenneberg, 1969; Lock, Young, Service e Chandler, 1990; Mande, Jusczyk e Pisoni, 1995; Marcus, Vijayan, Rao e Vishton, 1999; Owens, 1996; Tincoff e Jusczyk, 1999.

fala e utilizar gestos significativos. Em torno do final do primeiro ano, os bebês normalmente dizem sua primeira palavra, e, cerca de 8 meses a 1 ano depois, as crianças começam a falar construindo frases.

Vocalização Inicial

Chorar é o único meio de comunicação do recém-nascido. Os diferentes tons, padrões e as diferentes intensidades indicam fome, sono ou zanga (Lester e Boukydis, 1985).

Entre 6 semanas e 3 meses, os bebês começam a *arrulhar* quando estão felizes - guinchando, gorgolejando e fazendo sons de vogais como "ah". De 3 a 6 meses aproximadamente, os bebês começam a brincar com os sons da fala, combinando aqueles que ouvem das pessoas a seu redor.

Os *balbucios* - a repetição de seqüências de consoantes e vogais, tais como "ma-ma-ma-ma" - ocorre entre 6 e 10 meses, sendo com freqüência confundida com a primeira palavra do bebê. O balbucio não é linguagem real, pois não guarda significado para o bebê, mas ele se torna mais parecido com as palavras.

O desenvolvimento da linguagem continua com a *imitação dos sons da linguagem* que os bebês ouvem e depois com a imitação de si mesmos fazendo esses sons. Aproximadamente dos 9 aos 10 meses, os bebês deliberadamente imitam sons sem compreendê-los. Depois que possuem um repertório de sons, os seqüenciam em padrões que se assemelham à linguagem, mas parecem não ter significado.

Reconhecendo os Sons da Linguagem

A capacidade de perceber diferenças entre os sons é essencial para o desenvolvimento da linguagem. Como vimos, essa capacidade está presente desde ou mesmo antes do nascimento, tornando-se mais refinada durante o primeiro ano de vida. Durante a preparação para compreender e utilizar a linguagem, os bebês primeiro se familiarizam com os sons das palavras e locuções e posteriormente atribuem significados a elas (Jusczyk e Hohne, 1997).

O processo aparentemente começa no útero. Em um experimento, dois grupos de gestantes parisienses na trigésima quinta semana de gravidez recitavam cada um uma história infantil diferente, repetindo-a três vezes ao dia durante quatro semanas. Ao final desse período, os pesquisadores tocavam gravações de ambas as histórias perto dos abdomes das mulheres. A freqüência cardíaca dos fetos diminuía quando a história que a mãe havia contado era tocada, mas não com a outra história. Uma vez que a voz na gravação não era a da mãe, os fetos aparentemente estavam respondendo aos sons linguísticos que tinham ouvido a mãe utilizar. Isso sugere que ouvir a "língua materna" antes do nascimento pode "pré-sintonizar" os ouvidos de um bebê para captar seus sons (DeCasper, Lecanuet, Busnel, Granier-Deferre e Maugeais, 1994).

Aos 6 meses de idade, os bebês já aprenderam a reconhecer os sons básicos ou *fonemas* de sua língua nativa e a se adaptar a pequenas diferenças no modo como diferentes falantes formam esses sons. Em um estudo, bebês suecos e norte-americanos de 6 meses rotineiramente ignoravam variações em sons comuns a seu próprio idioma, mas percebiam variações em um idioma desconhecido (Kuhl, Williams, Lacerda, Stevens e Lindblom, 1992).

Antes de poderem ligar os sons a significados, os bebês parecem reconhecer padrões sonoros que ouvem com freqüência, como seus próprios nomes. Bebês de 4 meses e meio ouvem seus próprios nomes por mais tempo do que outros nomes, mesmo aqueles que possuam padrões de acentuação semelhantes aos seus (Mandei, Jusczyk e Pisoni, 1995). Bebês de 6 meses de idade observam por mais tempo um vídeo de suas mães quando ouvem a palavra *mamãe* e de seus pais quando ouvem *papai*, sugerindo que eles estão começando a associar som a significado - pelo menos em relação a pessoas especiais (Tincoff e Jusczyk, 1999). Aos 8 meses, os bebês armazenam outros padrões sonoros na memória; eles ouvem por mais tempo uma lista de palavras de histórias que ouviram duas semanas antes do que uma lista de outras palavras (Jusczyk e Hohne, 1997).

Aproximadamente aos 10 meses, os bebês perdem sua sensibilidade a sons que não fazem parte do idioma que ouvem. Por exemplo, bebês japoneses não fazem mais distinção entre "rá" e "lá", distinção que não existe na língua japonesa. Embora a capacidade de perceber sons não-nativos não se perca totalmente - podendo ser reativada, com esforço, na idade adulta - o cérebro rotineiramente não os discrimina mais (Bates, O'Connell e Shore, 1987; Lalonde e Werker, 1995; Werker, 1989).

Enquanto isso, durante a segunda metade do primeiro ano, à medida que se familiarizam com os sons de seu idioma, os bebês começam a entender suas regras fonológicas - como os sons se organizam na fala. Em uma série de experimentos (Marcus, Vijayan, Rao e Vishton, 1999), bebês de 7 meses ouviam por mais tempo "sentenças" que continham uma ordem de sons sem sentido (como "wo fe wo" ou ABA) diferente daquela à qual tinham sido habituados (como "ga ti ti", ou ABB). Os sons utilizados no teste eram diferentes dos utilizados na fase de habituação; portanto, a discriminação dos bebês deve ter sido baseada apenas nos padrões de repetição. Essa descoberta sugere que os bebês podem possuir um mecanismo para discernir regras abstratas de estrutura frasal, dando suporte à teoria *inatista* de aquisição da linguagem discutida posteriormente neste capítulo.

Gestos

Aos 9 meses, Antônio *apontava* para um objeto, às vezes fazendo um barulho para demonstrar que o queria. Entre 9 e 12 meses, ele aprendeu alguns gestos *sociais convencionais*: acenar adeus com a mão, acenar com a cabeça para dizer *sim* e sacudir a cabeça para dizer *não*. Aos 13 meses, ele utilizava *gestos representacionais mais complexos*; por exemplo, levava uma xícara vazia à boca, ou levantava os braços para mostrar que queria que o pegassem.

Gestos simbólicos, como soprar para dizer *quente* ou cheirar para dizer *flor*, costumam surgir em torno da mesma época em que os bebês dizem as primeiras palavras e funcionam muito como palavras. Ao os utilizarem, as crianças demonstram compreender que os símbolos podem se referir a objetos, eventos, desejos e condições específicas. Os gestos geralmente aparecem antes que as crianças tenham um vocabulário de 25 palavras e desaparecem quando as crianças aprendem a palavra para a idéia pela qual gesticulavam e podem utilizá-la em seus lugar (Lock, Young, Service e Chandler, 1990).

Alguns pais temem que encorajar o uso de gestos irá impedir que o bebê aprenda as palavras. Ao que parece, o oposto é verdadeiro: aprender gestos parece conferir uma vantagem lingüística. Em um experimento (Goodwyn e Acredolo, 1998), crianças de 11 meses aprenderam oito gestos observando seus pais fazendo-os e dizendo as palavras correspondentes. Entre 15 e 36 meses, quando testadas no desenvolvimento lingüístico vocal, essas crianças tiveram melhor desempenho do que outros dois grupos - um cujos pais só tinham usado palavras e outro que não tinha recebido nenhum treinamento vocal ou gestual. Os gestos, então, podem ser uma valiosa alternativa ou um suplemento às palavras, especialmente durante o período de formação inicial de vocabulário.

A gesticulação parece ocorrer naturalmente. Em um estudo observacional, crianças e adolescentes cegos utilizavam gestos enquanto falavam, tanto quanto crianças com visão normal, mesmo quando falavam com um ouvinte cego. O uso de gestos, portanto, não depende da existência de um modelo ou observador, mas parece ser uma parte inerente ao processo de fala (Iverson e Goldin-Meadow, 1998).

Primeiras Palavras

Aos 11 meses, Doddy Darwin disse sua primeira palavra - "ouchy" - a qual vinculava a diversos objetos. O desenvolvimento de Doddy foi típico nesse aspecto. Um bebê mediano diz sua primeira palavra entre os 10 e 14 meses, iniciando a **fala lingüística** - expressão verbal que comunica um significado. Em pouco tempo, o bebê estará utilizando muitas palavras e demonstrará alguma compreensão de gramática, pronúncia, entonação e ritmo. Por enquanto, o repertório verbal completo de um bebê tende a ser "mama" e "papa". Ou pode ser uma simples sílaba com mais de um significado, dependendo do contexto em que a criança a pronuncia. "Da" pode significar "Eu quero isso", "Eu quero sair" ou "Onde está o papai?". Uma palavra como essa, que expressa um pensamento completo, se chama **holofrase**.

Os bebês compreendem muitas palavras antes de poderem utilizá-las; ou seja, seu *vocabulário passivo* desenvolve-se mais rapidamente e é maior do que seu *vocabulário ativo*. As primeiras palavras que a maioria dos bebês compreendem são aquelas que eles tendem a ouvir com mais frequência: seus próprios nomes e a palavra *não*, assim como palavras com significado especial para eles.



Esta criança está comunicando-se com o pai, apontando para algo que está vendo. O uso de gestos parece surgir naturalmente em crianças pequenas e pode ser uma parte importante do aprendizado da linguagem.

fala lingüística

Expressão lingüística que visa a transmitir um significado.

holofrase

Palavra única que comunica um pensamento completo.

Aos 13 meses, a maioria das crianças compreende que uma palavra representa uma coisa ou um fato específico, e elas são rapidamente capazes de aprender o significado de uma nova palavra (Woodward, Markman e Fitzsimmons, 1994). O acréscimo de novas palavras a seu vocabulário (falado) *expressivo* é, início, mais lento. A medida que as crianças passam a utilizar mais as palavras do que os gestos para se expressar, os sons e ritmos da fala tornam-se mais complexos.

Enquanto trabalham para vincular significado aos sons, os bebês podem temporariamente prestar menos atenção à discriminação auditiva refinada. Em um estudo transversal (Stager e Werker, 1997), quando palavras (sem sentido) faladas foram aliadas a fotografias de objetos, bebês de 14 meses não conseguiram perceber a diferença entre "bi" e "di", distinção que detectaram com facilidade ao ver um padrão sem significado. Bebês de 8 meses, que ainda não estavam concentrados em aprender o significado das palavras, distinguiram os sons igualmente bem em ambos os tipos de tarefas. Aparentemente a desatenção aos detalhes fonéticos é adaptativa durante o período em que os bebês estão concentrando-se na compreensão dos sons que ouvem e ainda não precisam lidar com muitas palavras de som semelhante.

O vocabulário continua crescendo durante toda a fase de palavras isoladas, que geralmente dura até aproximadamente os 18 meses. Entre os 16 e 24 meses ocorre uma "explosão de nomeação". Em poucas semanas, uma criança pode passar de, digamos, 50 palavras para 400 (Bates, Bretherton e Snyder, 1988). Esses rápidos incrementos no vocabulário falado refletem um aumento constante na velocidade e na exatidão do reconhecimento de palavras durante o segundo ano de vida (Fernald, Pinto, Swingley, Weinberg e McRoberts, 1998).

As primeiras palavras faladas mais comuns em inglês são *nomes* de coisas (substantivos), quer gerais ("bow-wow" para *cachorro*) ou específicos ("Unga" para um determinado cachorro). Outras são palavras de *ação* ("bye-bye"), *modificadores* ("hot"), palavras oriundas de *sentimentos pessoais ou relacionamentos sociais* (o sempre popular "no") e algumas palavras *funcionais* ("for") (Nelson, 1973, 1981). Após as primeiras 100 palavras, esse padrão muda, e a proporção de verbos para substantivos começa a aumentar (Owens, 1996).

Os tipos de palavras que as crianças inicialmente utilizam podem depender dos padrões de sua língua nativa. Em um pequeno estudo observacional, 90% das crianças pequenas falantes de mandarim em Beijing, China, usavam mais verbos do que substantivos - o que não é de surpreender, uma vez que os verbos são especialmente proeminentes no mandarim (Tardif, 1996).

Primeiras Sentenças

O próximo desenvolvimento lingüístico importante ocorre quando a criança coloca juntas duas palavras para expressar uma idéia ("Dolly cair"). Geralmente, as crianças fazem isso entre 18 e 24 meses, cerca de 8 a 12 meses depois de dizerem sua primeira palavra. Mas essa faixa etária varia muito. Embora a fala pré-lingüística esteja estreitamente associada à idade cronológica, a fala lingüística não. Muitas das crianças que começam a falar relativamente tarde depois se recuperam - e muitas compensam o tempo perdido falando sem parar com quem quer que as ouça!

A primeira sentença de uma criança geralmente trata de fatos, coisas, pessoas ou atividades cotidianas (Braine, 1976; Rice, 1989; Slobin, 1973). Inicialmente as crianças utilizam a **fala telegráfica**, que, como na maioria dos telegramas, inclui apenas algumas palavras essenciais. Quando Rita diz "Vovó endo", ela parece querer dizer "A vovó está varrendo o chão". Anteriormente pensava-se que a fala telegráfica era universal, mas hoje sabemos que seu uso varia entre as crianças (Braine, 1976). Sua forma também varia, dependendo do idioma que está sendo aprendido (Slobin, 1983). A ordem de palavras tende a se conformar com o que uma criança ouve; Rita não diz "Endo vovó" quando vê sua avó segurando uma vassoura.

A omissão de palavras funcionais como *é* e *o* significa que a criança não conhece essas palavras? Não necessariamente; a criança pode apenas achar difícil reproduzi-las. Mesmo durante o primeiro ano, os bebês são sensíveis à presença de palavras funcionais; aos 10 meses e meio, conseguem distinguir uma passagem normal de outra em que as palavras funcionais foram substituídas por palavras absurdas de som semelhante. Entre 14 e 16 meses, demonstram que sabem onde as palavras funcionais normalmente aparecem em uma sentença (Jusczyk, em fase de elaboração).

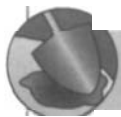
fala telegráfica

Forma inicial de sentença, composta apenas de algumas palavras essenciais.

Entre 20 e 30 meses, as crianças demonstram cada vez mais competência na **sintaxe**, as regras para formação de sentenças em seu idioma. Elas se sentem um pouco mais à vontade com artigos (*um, a*), preposições (*em, sobre*), conjunções (*e, mas*), plurais, terminações verbais, pretérito e alguns verbos irregulares. Elas também se tornam cada vez mais conscientes da finalidade comunicativa da fala e se suas palavras estão sendo entendidas - um sinal de aumento da sensibilidade às vidas mentais dos outros (ver Quadro 5-2). Em um experimento, crianças de 2 anos e 6 meses estimuladas a solicitar um brinquedo persistiam mais no esclarecimento do pedido quando a resposta verbal do ouvinte indicava incompreensão do que a criança havia pedido do que quando o ouvinte parecia compreender, não importando se o ouvinte deu o brinquedo à criança (Shwe e Markman, 1997). Aos 3 anos a fala é fluente, mais longa e mais complexa; embora as crianças, muitas vezes, omitam partes do discurso, elas conseguem se comunicar.

sintaxe

Regras de formação de sentenças em um determinado idioma.



Aperfeiçoando o Conhecimento

Quadro 5-2

As Crianças Pequenas Entendem os Desejos dos Outros?

Em que idade os bebês começam a entender o que os outros estão pensando? No Capítulo 7, discutiremos o desenvolvimento da *empatia*, a capacidade de sentir o que outra pessoa está sentindo e sua relação com a compreensão dos estados mentais. Quando se inicia essa compreensão?

Bebês de 12 meses dão um objeto a uma pessoa que aponta para ele e pede-o. Mas será que o bebê percebe que o pedido reflete um desejo interior, ou a criança está simplesmente respondendo ao comportamento observável (apontar)? Crianças de 18 meses oferecem um brinquedo a uma criança que está chorando, mas será que percebem que seu consolo pode mudar o estado mental da outra criança, ou elas estão apenas tentando mudar um comportamento explícito (chorar)? E, como geralmente oferecem um brinquedo que elas mesmas acham consolador, serão elas capazes de distinguir seu próprio estado mental do de outra pessoa?

É difícil responder a essas perguntas, pois a maioria das crianças não fala suficientemente bem para nos dizer o que está pensando. Assim, uma equipe de pesquisa (Repacholi e Gopnik, 1997) montou um experimento não-verbal para testar a capacidade das crianças pequenas de discernir os alimentos preferidos por outra pessoa.

Os pesquisadores recrutaram 159 crianças, sendo que aproximadamente a metade delas tinha 14 meses de idade e a outra metade, 18 meses. Cada criança foi convidada a participar de uma sessão individual para brincar livremente em um laboratório de desenvolvimento humano na Universidade da Califórnia, Berkeley. Durante a sessão, ofereceram-se à criança e ao experimentador duas tigelas de lanche: uma que as crianças geralmente gostam (biscoitos) e outra que geralmente não gostam (brócolis). A criança tinha a oportunidade de provar os lanches, seguida pelo experimentador. Como previsto, mais de 9 a cada 10 crianças (93%) preferiram os biscoitos.

Números idênticos de meninos e meninas de cada idade foram randomicamente distribuídos em duas condições experimentais: uma em que a aparente preferência por alimento do experimentador correspondia à preferência prevista pela criança e outra em que isso não acontecia. Na condição de "correspondência", o experimentador demonstrava prazer ao degustar o biscoito ("Mmm!") e repulsa ao provar o brócolis ("ugh"). Na condição de "não-correspondência", o experimentador agia como se preferisse o brócolis.

Depois, o experimentador colocava uma de suas mãos, com a palma voltada para cima, a meio caminho entre as duas tigelas, e pedia à criança que lhe alcançasse um pouco de comida, sem indicar se queria brócolis ou biscoitos. A criança também recebia outra oportunidade de provar os lanches. Isso tinha por objetivo verificar se as preferências alimentícias das crianças tinham sido influenciadas pelas preferências expressadas pelo experimentador. Somente 6 crianças (4%) aparentemente mudaram de preferência.

O que as crianças fizeram quando o experimentador pediu um pouco de comida? Quase 70% das crianças de 14 meses não responderam, mesmo quando o pedido era repetido. Cerca de uma a cada três "provocou" o experimentador oferecendo os biscoitos e depois puxando-os de volta. A maioria das crianças de 14 meses que chegaram a responder (incluindo as que provocaram) ofereceu os biscoitos, independentemente do alimento que o experimentador parecia preferir. Em contraste, somente 30% das crianças de 18 meses não atenderam ao pedido; e, das que o fizeram, três a cada quatro deram ao experimentador a comida que ele havia demonstrado preferir, quer ela fosse a mesma que elas preferiam, quer não fosse.

Assim, crianças de 18 meses, mas não as de 14 meses, parecem capazes de utilizar os sinais emocionais de outra pessoa para entender o que essa pessoa quer e do que ela gosta, mesmo quando o desejo da pessoa é diferente do seu, e então aplicar a informação em uma situação diferente em que não existem indicadores visíveis da preferência da outra pessoa. Isso sugere uma compreensão bastante sofisticada dos estados mentais: a consciência de que duas pessoas podem ter sentimentos opostos sobre a mesma coisa.

Uma descoberta interessante é que as crianças de 14 meses eram muito menos propensas a responder ao pedido de comida feito pelo experimentador quando ele havia demonstrado gostar de brócolis do que quando parecia gostar dos biscoitos. Talvez aquelas que não responderam na situação de "não-correspondência" achassem difícil acreditar que alguém pudesse querer brócolis; mas, ao contrário das crianças que em vez disso deram biscoitos ao experimentador, elas podem estar num estágio de transição, no qual notaram que os desejos de outra pessoa eram diferentes dos seus e não sabiam o que fazer com essa informação surpreendente.

Crianças pequenas capazes de interpretar o desejo de outra pessoa estão a caminho de desenvolver uma *teoria da mente*, tópico discutido no Capítulo 7.

Características da Fala Inicial

A fala inicial não é apenas uma versão imatura da fala adulta. Ela possui uma personalidade própria, qualquer que seja o idioma que a criança esteja falando (Slobin, 1971).

Como vimos, as crianças *simplificam*. Elas utilizam fala telegráfica para dizer apenas o suficiente para comunicar sua mensagem ("Não tomar leite!"). A fala inicial também possui muitas outras características distintas.

As crianças *compreendem relações gramaticais que ainda não conseguem expressar*. Inicialmente, Érica pode compreender que um cão está perseguindo um gato, mas ela não consegue seqüenciar palavras suficientes para expressar a ação completa. Sua sentença sai como "Cachorrinho correndo" em lugar de "O cachorrinho está correndo atrás do gatinho".

As crianças *restringem excessivamente o significado das palavras*. O tio de Lisa lhe deu um carrinho de brinquedo, que a menina - de 13 meses - chamava de sua "Cuca". Depois o pai dela lhe trouxe um presente, dizendo, "Olhe, Lisa, um carrinho para você." Lisa sacudiu a cabeça. "Cuca", disse ela, correndo para pegar o carrinho que ganhara do tio. Para ela, *aquele* carro - e *somente* aquele carro - era um carrinho, e levou algum tempo para que ela chamasse qualquer outro carrinho de brinquedo pelo mesmo nome. Miranda estava restringindo o significado da palavra *carro* a um único objeto.

As crianças *também generalizam em demasia os significados das palavras*. Aos 14 meses, Eddie pulou de excitação ao ver um homem grisalho na televisão e exclamou: "Vovô!". Eddie estava generalizando em demasia uma palavra; ele achava que, como seu avô tinha cabelos grisalhos, todos os homens grisalhos poderiam ser chamados de "Vovô". À medida que desenvolvem um vocabulário mais amplo e obtêm um retorno dos adultos sobre a adequação do que falam, as crianças fazem menos generalizações desse tipo. ("Não, querido, aquele homem é meio parecido com o vovô, mas ele é o vovô de outra pessoa, não o seu.")

As crianças *regularizam as regras em demasia*: elas as aplicam rigidamente, sem saber que algumas regras possuem exceções. Quando José diz "pãos" em vez de "pães," ou Megan diz "eu consigo" em vez de "eu consigo", isso indica progresso. As duas crianças a princípio utilizaram as formas corretas dessas palavras irregulares, mas apenas por imitação do que ouviram. Depois que aprendem as regras para plurais e conjugação (passo crucial no aprendizado da língua), elas as aplicam universalmente. O passo seguinte é aprender as exceções das regras, o que geralmente ocorre no início da idade escolar.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Definir a seqüência normal de marcos no desenvolvimento inicial da linguagem, assinalando a influência da língua que os bebês ouvem a seu redor?
- ✓ Descrever cinco aspectos nos quais a fala inicial difere da fala adulta?

Teorias Clássicas da Aquisição de Linguagem: O Debate Natureza-Experiência

A seqüência de desenvolvimento da linguagem, em especial durante os primeiros anos, foi exaustivamente documentada. Não há tanta clareza, contudo, sobre como - mediante que processos - as crianças obtêm acesso aos segredos da comunicação. A capacidade lingüística é aprendida ou inata? Na década de 1950, ocorreu um intenso debate entre duas escolas de pensamento: uma, liderada por B. F. Skinner, o principal proponente da teoria da aprendizagem, e a outra pelo lingüista Noam Chomsky.

Skinner (1957) sustentava que o aprendizado da linguagem, como qualquer aprendizado, se baseia na experiência. Segundo a teoria da aprendizagem clássica, as crianças aprendem a linguagem através de condicionamento operante. Inicialmente, os bebês emitem sons ao acaso. Os cuidadores reforçam os sons que casualmente se assemelham à fala adulta com sorrisos, atenção e elogios. Os bebês então repetem esses sons reforçados. Os sons que não fazem parte da língua nativa não são reforçados, e a criança pouco a pouco pára de produzi-los. Segundo a teoria da aprendizagem social, os bebês imitam os sons que ouvem os adultos fazerem e, mais uma vez, são reforçados por isso. O aprendizado de palavras depende do reforço seletivo; a palavra *gatinho* só é reforçada quando o gato da família aparece. À medida que esse processo continua, as crianças são reforçadas por uma fala que é cada vez mais semelhante a dos adultos. A formação de sentenças é um processo mais complexo: a criança aprende um ordem básica de palavras (sujeito-verbo-objeto - "eu quero sorvete") e depois aprende que outras palavras podem ser substituídas em cada categoria ("O papai come carne").

Observação, imitação e reforço provavelmente contribuem para o desenvolvimento da linguagem, mas, como Chomsky persuasivamente argumentou, não podem

explicá-la por completo (Flavell, Miller e Miller, 1993; Owens, 1996). Em primeiro lugar, as combinações e nuances das palavras são tantas e tão complexas, que não podem ser todas adquiridas por imitação e reforço específicos. Além disso, os adultos, muitas vezes, reforçam expressões que não são estritamente gramaticais, contanto que elas façam sentido. ("Vovô vai tchau-tchau"). A própria fala adulta é um modelo inconfiável para imitar, pois, com frequência, não segue a gramática, contendo tentativas malogradas, sentenças inacabadas e lapsos de linguagem. Além disso, a teoria da aprendizagem não explica o modo imaginativo das crianças de dizer as coisas que ouviram - como, por exemplo, quando Anna descreveu um tornozelo torcido como um "tornozido" e disse que não queria ir dormir ainda porque não estava "bocejenta".

A concepção de Chomsky é denominada **inatismo**. Ao contrário da teoria da aprendizagem de Skinner, o inatismo enfatiza o papel ativo do aprendiz. Uma vez que a linguagem é universal entre os seres humanos, Chomsky (1957, 1972) propôs que o cérebro humano possui uma capacidade inata para aquisição da linguagem; os bebês aprendem a falar com a mesma naturalidade com que aprendem a andar. Ele sugeriu que um **dispositivo de aquisição da linguagem (DAL)** inato programa o cérebro das crianças para analisar a língua que ouvem e entender suas regras. Mais recentemente, Chomsky (1995) procurou identificar um conjunto simples de princípios e parâmetros universais subjacentes a todas as línguas e um mecanismo único de múltiplos propósitos para relacionar o som ao significado.

A posição inatista é corroborada pela capacidade dos recém-nascidos de diferenciar sons semelhantes (Eimas et al., 1971). Um pesquisador sugere que os neonatos são capazes de colocar os sons em categorias porque todos os seres humanos "nascem com mecanismos perceptuais sintonizados com as propriedades da fala" (Eimas, 1985, p. 49). Os inatistas assinalam que quase todas as crianças aprendem sua língua nativa na mesma sequência etária sem ensino formal. Além disso, o cérebro dos seres humanos, os únicos animais com linguagem plenamente desenvolvida, contém uma estrutura que é maior em um dos lados do que no outro, sugerindo que um mecanismo inato para a linguagem pode estar localizado no hemisfério maior - na maioria das pessoas, o esquerdo. Uma diferença semelhante no tamanho dessa estrutura cerebral, o *plano temporal*, foi recentemente descoberta em chimpanzés, os quais também demonstram certa capacidade de adquirir linguagem (Gannon, Holloway, Broadfield e Braun, 1998). Ainda assim, a abordagem inatista não explica precisamente como esse mecanismo funciona. Ela não explica por que algumas crianças adquirem a linguagem com mais rapidez e eficiência do que outras, por que as crianças diferem em sua habilidade e fluência lingüística ou por que (como veremos) o desenvolvimento da fala depende de haver alguém com quem conversar, e não apenas de ouvir a língua falada.

inatismo

Teoria de que os seres humanos possuem uma capacidade inata de aquisição da linguagem.

dispositivo de aquisição da linguagem (DAL)

Na terminologia de Chomsky, um mecanismo inato que permite às crianças inferir as regras lingüísticas da língua que ouvem.



Quase todas as crianças, como este bebê japonês, aprendem sua língua nativa, dominando seus fundamentos na mesma sequência etária sem instrução formal. Os inatistas dizem que isso demonstra que todos os seres humanos nascem com a capacidade de adquirir linguagem.

Aspectos tanto da teoria da aprendizagem quanto do inatismo têm sido utilizados para explicar como bebês surdos aprendem a língua de sinais, a qual possui uma estrutura muito semelhante à da língua falada e é adquirida na mesma sequência. Bebês surdos de pais surdos parecem copiar a língua de sinais que vêem seus pais utilizarem, exatamente como bebês de audição normal copiam as expressões vocais. Utilizando movimentos mais sistemáticos e deliberados das mãos do que os de bebês de audição normal, os bebês surdos primeiro seqüenciam movimentos sem significado e os repetem, muitas vezes, no que foi descrito como um *balbucio das mãos* (Petitto e Marentette, 1991). À medida que os pais reforçam esses gestos, os bebês lhes atribuem significado.

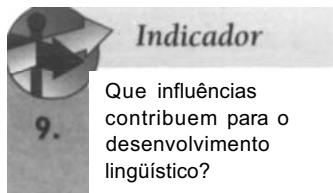
Entretanto, algumas crianças surdas criam sua própria língua de sinais quando não possuem modelos para seguir - evidência de que as influências ambientais sozinhas não são capazes de explicar a emergência da expressão lingüística (Goldin-Meadow e Mylander, 1998). Além disso, a teoria da aprendizagem não explica a correspondência entre as idades em que os avanços lingüísticos em bebês com audição normal e em bebês com deficiência auditiva tipicamente ocorrem (Padden, 1996). Bebês surdos começam a balbuciar com as mãos antes dos 10 meses de idade, aproximadamente no mesmo período em que bebês com audição normal começam a falar com sentenças (Meier, 1991; Newport e Meier, 1985). Isso sugere que pode existir uma capacidade lingüística inata para a aquisição tanto da linguagem falada quanto da linguagem de sinais, e que avanços em ambos os tipos de linguagem estão vinculados à maturação cerebral.

A maioria dos teóricos do desenvolvimento hoje acredita que a aquisição da linguagem, como muitos outros aspectos do desenvolvimento, depende do entrelaçamento de natureza e experiência. As crianças, surdas ou não, provavelmente possuem uma capacidade inata para adquirir linguagem, a qual pode ser ativada ou constrangida pela experiência.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir como a teoria da aprendizagem e o inatismo tentam explicar a aquisição da linguagem e descrever as virtudes e as fraquezas de cada uma dessas abordagens?



Influências no Desenvolvimento da Linguagem

O que determina a rapidez e eficiência com que as crianças aprendem a compreender e utilizar a linguagem? A pesquisa durante os últimos 20 ou 30 anos se concentrou em influências específicas, tanto interna quanto externamente em relação à criança.

Maturação do Cérebro

Durante os primeiros meses e anos de vida, o cérebro passa por um tremendo crescimento e por uma reorganização. Algumas dessas mudanças estão intimamente ligadas ao desenvolvimento da linguagem.

Que estruturas cerebrais controlam que funções de linguagem e quando essas estruturas desenvolvem-se e amadurecem? Os cientistas dispõem de duas formas básicas de buscar respostas para essa pergunta. A primeira é estudar deficiências de linguagem específicas em pessoas que sofreram danos em determinadas regiões do cérebro. A segunda é observar a atividade cerebral em pessoas normais enquanto elas executam determinadas funções lingüísticas. As duas abordagens foram muito auxiliadas pelo desenvolvimento de técnicas modernas que produzem imagens do que está acontecendo no cérebro.

Os resultados dessas pesquisas sugerem que os processos lingüísticos são extremamente complexos e podem envolver componentes diferentes em cada pessoa (Caplan, 1992). Esses processos parecem derivar não da operação de estruturas cerebrais isoladas, mas da coordenação de diversas estruturas (Owens, 1996), inclusive aquelas envolvidas em atividades cognitivas relacionadas, como a percepção visual. Por exemplo, as estruturas envolvidas no reconhecimento de rostos e as envolvidas no reconhecimento de palavras parecem estar localizadas próximo uma da outra e ser organizadas de modo semelhante (Nobre e Plunkett, 1997).

Será que desenvolvimentos lingüísticos fundamentais, como a primeira palavra ou a primeira sentença, estão subordinados a determinados eventos neurológicos? Nisso, nosso conhecimento é limitado. Não sabemos, por exemplo, se a explosão de vocabulário que ocorre na segunda metade do segundo ano reflete mudanças físicas reais no cérebro ou simplesmente uma melhor sintonização de estruturas e representações preexistentes (Nobre e Plunkett, 1997).

Sabemos que as regiões corticais associadas à linguagem só amadurecem totalmente depois do período pré-escolar ou mais tarde - algumas delas, não antes da idade adulta. Os gritos de um recém-nascido são controlados pelo *tronco encefálico e ponte*, que são as partes mais primitivas do cérebro e as primeiras a se desenvolver (consultar a Figura 4-6). O balbucio repetitivo pode surgir com a maturação das regiões do *córtex motor* que controlam os movimentos do rosto e da laringe. Somente depois do início do segundo ano de vida, quando a maioria das crianças começa a falar, é que amadurecem as rotas que ligam a atividade auditiva e motora (Owens, 1996).

O modo como os processos lingüísticos vêm a se organizar no cérebro pode depender significativamente da experiência durante a maturação (Nobre e Plunkett, 1997). A linguagem (diferentemente de algumas capacidades sensoriais e motoras) é altamente lateralizada (ver Capítulo 4). Em cerca de 98% das pessoas, o hemisfério esquerdo é dominante para a linguagem, embora o hemisfério direito também participe. Acreditava-se que essa lateralização pudesse ser geneticamente determinada. Entretanto, estudos com crianças com cérebros danificados sugerem que existe um período sensível antes que a lateralização da linguagem se fixe com firmeza. Um adulto cujo hemisfério esquerdo é removido sofrerá sério comprometimento da linguagem, mas uma criança pequena submetida a esse procedimento pode futuramente ter fala e compreensão quase normais. A plasticidade do cérebro do bebê parece permitir que as funções sejam transferidas de áreas danificadas para outras regiões (Nobre e Plunkett, 1997; Owens, 1996).

Os cérebros de crianças normais possuem plasticidade semelhante? Pesquisas recentes dizem que sim. Os investigadores mediram a atividade cerebral em diversos pontos do couro cabeludo enquanto os bebês ouviam uma série de palavras, algumas das quais não compreendiam. Entre as idades de 13 e 20 meses, período de notável desenvolvimento do vocabulário, os bebês demonstraram crescente lateralização e localização da compreensão (Mills, Cofley-Corina e Neville, 1997). Outras evidências de plasticidade neural provêm da descoberta de que as regiões superiores do lobo temporal, envolvidas na audição e na compreensão da fala, podem ser ativadas pela utilização da linguagem dos sinais em uma pessoa congenitamente surda (Nishimura et al., 1999). Essas descobertas sugerem que a atribuição de funções de linguagem às estruturas cerebrais pode ser um processo gradual ligado à experiência verbal e ao desenvolvimento cognitivo (Nobre e Plunkett, 1997).

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Citar duas áreas importantes do cérebro envolvidas no uso da linguagem e descrever a função de cada uma?
- ✓ Citar evidências da plasticidade das áreas lingüísticas do cérebro?

Interação Social: O papel dos Pais e dos cuidadores

A linguagem é um ato social. Os pais e outros cuidadores desempenham um papel importante em cada etapa de desenvolvimento da linguagem de um bebê.

Na fase de balbucio, os adultos ajudam o bebê a progredir para a verdadeira fala, repetindo os sons que ele produz; o bebê logo entra na brincadeira e repete os sons. Essa imitação dos sons produzidos pelo bebê influencia o ritmo de aprendizagem da língua (Hardy-Brown e Plomin, 1985; Hardy-Brown e Plomin e DeFries, 1981). Isso também ajuda os bebês a experimentar o aspecto social da fala, o entendimento de que uma conversação consiste de revezamento, idéia que a maioria dos bebês parece compreender aproximadamente dos 7 e meio a 8 meses.

A compreensão de um bebê desenvolve-se ao descobrir pela linguagem o que outra pessoa está pensando. Os cuidadores podem ajudar os bebês a compreender palavras faladas se, por exemplo, apontarem para um boneco e disserem "Por favor, me dê o Kermit". Se o bebê não responder, o adulto pode pegar o boneco e dizer "Kermit". Em um estudo de observação naturalística, os pesquisadores filmaram 40 mães brincando com seus bebês de 9 meses em casa e avaliaram a sensibilidade verbal das mães. Eles observaram se a mãe respondia ao interesse do bebê por um brinquedo dizendo o nome daquele brinquedo, se continuava falando sobre o brinquedo enquanto o bebê estava prestando atenção nele e se percebia o sinal do bebê quando sua atenção mudava. A sensibilidade verbal da mãe mostrou-se um importante antecessor da compreensão de linguagem do bebê (relatada pela mãe) quatro meses depois (Baumwell, Tamis-LeMonda e Bornstein, 1997).

Quando os bebês começam a falar, os pais e cuidadores, muitas vezes, os ajudam repetindo suas primeiras palavras e pronunciando-as corretamente. Mais uma vez, a sensibilidade conta. O vocabulário ganha um impulso quando um adulto aproveita uma oportunidade adequada para ensinar uma nova palavra a uma criança. Se a mãe de Jordan diz "Isto é uma bola" quando Jordan está olhando para a bola, é mais prová-

mistura de código

Utilização de elementos de duas línguas, às vezes, na mesma afirmação, por crianças pequenas em lares onde se falam os dois idiomas.

troca de código

Processo de mudar nossa fala conforme a situação, como nas pessoas que são bilingües.

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Explicar a importância da interação social e dar pelo menos três exemplos de como os pais e cuidadores ajudam os bebês a aprenderem a falar?
- ✓ Dizer como a condição socioeconômica e outras características familiares podem influenciar o desenvolvimento da linguagem?

fala dirigida à criança (FDC)

Forma de linguagem muito utilizada para falar com bebês ou crianças pequenas; inclui fala lenta, tom agudo, sons de vogais exagerados, palavras e frases curtas e muita repetição.

vel que ele se lembre da palavra do que se ela tentasse desviar sua atenção para a bola quando ele estivesse brincando com outra coisa (Dunham, Dunham e Curwin, 1993). Os adultos ajudam uma criança que começou a juntar palavras expandindo o que a criança diz. Se Cristina diz "Mamãe meia", sua mãe pode responder dizendo "Sim, essa é a meia da mamãe".

Os bebês aprendem ouvindo o que os adultos dizem. Constatou-se uma forte relação entre a frequência de diversas palavras na fala da mãe e a ordem em que as crianças aprendem essas palavras (Huttenlocher, Haight, Bryk, Seltzer e Lyons, 1991), bem como entre a loquacidade das mães e a extensão de vocabulário das crianças pequenas (Huttenlocher, 1998).

Em lares onde se falam duas línguas, os bebês inicialmente costumam utilizar elementos de ambas, às vezes na mesma "frase" - fenômeno denominado **mistura de código**. Ainda assim, como vimos, mesmo bebês pequenos aprendem a fazer distinção entre as línguas. Uma observação naturalística de cinco crianças de 2 anos em Montreal (Genesee, Nicoladis e Paradis, 1995) sugere que as crianças em lares com dois idiomas diferenciam os dois idiomas, utilizando, por exemplo, francês com um pai que fala predominantemente francês, e inglês com uma mãe que fala predominantemente inglês. Essa capacidade de mudar de uma língua para outra é denominada **troca de código**.

Desde cedo no segundo ano, as crianças falam com os pais sobre o que vêem na televisão. Elas rotulam objetos, repetem *slogans* e *jingles*, e fazem perguntas. Os pais que exploram o interesse das crianças e conduzem-nas em trocas de idéias promovem o desenvolvimento da linguagem (Lemish e Rice, 1986). Essas trocas são cruciais; ouvir a fala na televisão não é suficiente.

Os *tipos* de coisas que os adultos dizem às crianças podem ser tão importantes como *o quanto* falam. Um fator no retardo de linguagem que é típico em gêmeos, cujas mães precisam dividir sua atenção entre eles, é que, quando suas mães falam com eles, muito do que dizem consiste de dizer-lhes o que fazer (Tomasello, Mannle e Kruger, 1986). Entre crianças de 2 anos em creches nas Bermudas, as crianças cujos cuidadores falavam com elas com frequência para dar ou pedir informações e não para controlar seu comportamento possuíam melhores habilidades de linguagem do que crianças que não mantinham essas conversações (McCartney, 1984).

A condição socioeconômica parece afetar a quantidade e a qualidade das interações verbais entre pais e filhos e também o desenvolvimento lingüístico e cognitivo das crianças a longo prazo. Segundo um estudo longitudinal com 40 famílias do meio-oeste dos Estados Unidos (descrito anteriormente neste capítulo) iniciado quando seus bebês tinham 7 meses de idade, os pais que tinham renda, nível de instrução e atividade profissional inferiores tendiam a passar menos tempo conversando com os filhos de maneira positiva. Essas crianças tinham contato com linguagem menos variada e tinham menos oportunidade de falar, e seu vocabulário falado era mais limitado (Hart e Risley, 1989, 1992, 1996) - desvantagens posteriormente refletidas no desempenho lingüístico e acadêmico entre os 5 e os 10 anos (Walker, Greenwood, Hart e Carta, 1994).

Fala Dirigida à Criança

Você não precisa ser pai ou mãe para falar "língua de criança". Se ao falar com um bebê ou criança pequena você fala devagar num tom de voz alto e com altos e baixos exagerados, simplifica a linguagem, exagera os sons das vogais e utiliza palavras e sentenças curtas e muita repetição, você está utilizando **fala dirigida à criança (FDC)**. A maioria dos adultos e inclusive as crianças fazem isso naturalmente. Essa "conversa de bebê" pode ser universal, tendo sido documentada em muitas línguas e culturas (Kuhl et al., 1997).

Muitos pesquisadores acreditam que a FDC ajuda as crianças a aprenderem sua língua nativa ou pelo menos a assimilá-la mais rapidamente. Em um estudo observacional intercultural, mães norte-americanas, russas e suecas foram filmadas falando com seus bebês de 2 a 5 meses. Quer estivessem falando inglês, russo ou sueco, as mães produziam sons mais exagerados nas vogais quando falavam com os bebês do que quando falavam com outros adultos. Esse tipo de informação lingüística parece ajudar os bebês a ouvir as características distintivas dos sons da linguagem. Aos 20 meses, o balbúcio dos bebês continha vogais distintas que refletiam as diferenças fonéticas para as quais a fala de suas mães os havia alertado (Kuhl et al., 1997).



A fala dirigida à criança é um tipo simplificado de linguagem utilizado para falar com bebês e crianças pequenas. Ela parece surgir naturalmente, não apenas aos pais, mas também a outros adultos e crianças com mais idade.

A FDC também parece desempenhar outras funções cognitivas, sociais e emocionais (Fernald, 1984; Fernald e Simon, 1984). Ela ensina os bebês a travar uma conversa: como introduzir um assunto, comentar ou fazer um acréscimo e revezar-se com a palavra. Ela lhes ensina a utilizar novas palavras, estruturar frases e colocar as idéias em palavras. Como a FDC se restringe a tópicos simples e práticos, bebês e crianças podem utilizar seu próprio conhecimento sobre coisas familiares para ajudá-los a entender os significados das palavras que ouvem. A FDC também ajuda os bebês a desenvolver um relacionamento com os adultos e permite-lhes responder a indicadores emocionais.

O uso da FDC por adultos ensina às crianças as normas de sua cultura juntamente com as regras de seu idioma. Em um estudo transversal com 30 mães japonesas e 30 mães norte-americanas com bebês de 6,12 e 19 meses (Fernald e Morikawa, 1993), tanto as mães japonesas como americanas simplificavam sua linguagem, repetiam com frequência e falavam de modo diferente com bebês de idades diferentes, mas o modo como as mães interagiam com os bebês refletia valores culturais sobre a criação dos filhos. As mães americanas rotulavam mais os objetos a fim de expandir o vocabulário dos bebês ("Isso é um carro. Está vendo o carro? Você gosta dele? Ele tem rodas legais"). As mães japonesas estimulavam a cortesia através de rotinas de dar e receber ("Aqui! É um vrum vrum. Eu dou a você. Agora dê isso para mim. Isso! Obrigado"). As mães japonesas utilizavam FDC por mais tempo e mais amplamente do que as mães norte-americanas, cuja cultura dá maior valor à promoção de independência nas crianças.

Alguns investigadores contestam o valor da FDC. Eles sustentam que os bebês falam mais cedo e melhor quando ouvem e podem responder à fala adulta mais complexa. Na verdade, dizem alguns pesquisadores, as crianças descobrem as regras de linguagem mais rapidamente quando ouvem sentenças complexas que utilizam essas regras com mais frequência e de maneiras mais variadas (Gleitman, Newport e Gleitman, 1984). Conversações adultas normais entre integrantes mais velhos da família podem ser um modelo útil. Em um estudo observacional canadense entre falantes de inglês, segundos filhos de 21 meses travavam menos conversas diretas do que os primogênitos, mas ouviam conversações mais complexas entre cuidadores e irmãos mais velhos. Esses segundos filhos estavam mais adiantados na utilização de pronomes pessoais aos 2 anos do que os primogênitos da mesma idade, muito embora o desenvolvimento geral de linguagem dos dois grupos fosse mais ou menos o mesmo (Oshima-Takane, Goodz e Derevensky, 1996).

Não obstante, os bebês propriamente ditos preferem a fala simplificada. Essa preferência é clara antes de 1 mês de idade, e não parece depender de qualquer experiência específica (Cooper e Aslin, 1990; Kuhl et al., 1997).

A preferência dos bebês pela FDC atravessa as fronteiras da língua. Em um experimento, bebês de 9 e 4 meses e meio, cujos pais imigraram de Hong Kong para o Canadá e cuja língua nativa era o cantonês, ficavam mais atentos, alegres e excitados quando

viam um videoteipe de uma mulher falante de cantonês utilizando FDC do que quando a mulher utilizava fala normal adulta - ocorrendo o mesmo com bebês de pais falantes de inglês (Werker, Pegg e McLeod, 1994). A preferência por FDC não se limita à linguagem falada. Em um estudo observacional no Japão, mães surdas foram filmadas recitando sentenças cotidianas na linguagem dos sinais, primeiro para seus bebês de 6 meses e depois para amigos adultos surdos. As mães sinalizavam mais lentamente e com mais repetição e movimentos exagerados quando dirigiam as sentenças aos bebês, e outros bebês da mesma idade prestavam mais atenção e pareciam mais responsivos quando viam essas fitas (Masataka, 1996). Além disso, bebês de 6 meses *com audição normal* que nunca haviam sido expostos à língua dos sinais também demonstravam preferência por sinais dirigidos a bebês. Isso constitui forte evidência de que os bebês, surdos ou não, são universalmente atraídos à FDC (Masataka, 1998).

Preparação para a Alfabetização: Os Benefícios da Leitura em Voz Alta

A maioria dos bebês gosta que leiam para eles, e a frequência com a qual os pais ou cuidadores lêem para eles, bem como o modo como o fazem, pode influenciar sua habilidade para falar, sua posterior capacidade de leitura e o tempo que levam para começar a ler. As crianças que aprendem a ler cedo geralmente são aquelas cujos pais liam para elas com muita frequência quando eram muito pequenas.

Ler para um bebê ou para uma criança pequena oferece oportunidades de intimidade emocional e promove a comunicação entre pais e filhos. Os adultos ajudam o desenvolvimento de linguagem de uma criança quando parafraseiam ou ampliam o que a criança diz, conversam sobre o que interessa à criança, permanecem em silêncio tempo suficiente para dar à criança uma chance de responder e fazem perguntas específicas (Rice, 1989). As sessões em voz alta oferecem uma perfeita oportunidade para esse tipo de interação.

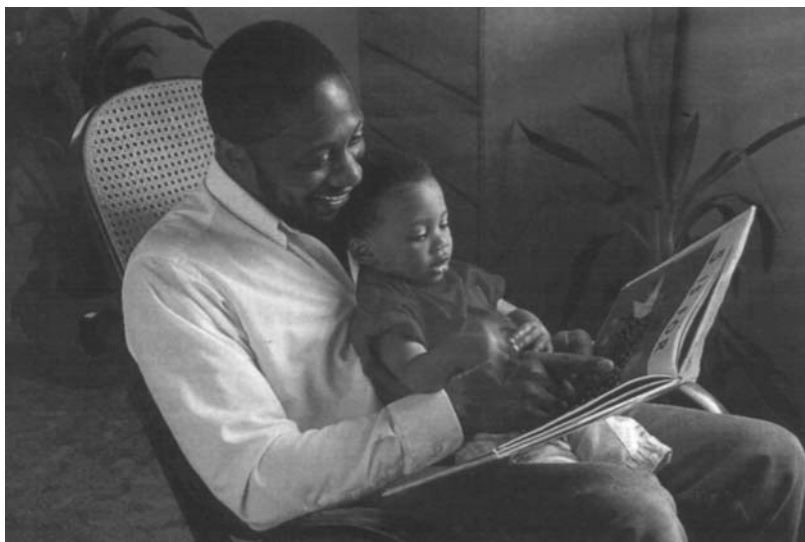
Uma criança aproveitará melhor essas sessões se os adultos fizerem perguntas instigantes que não possam ser respondidas com um simples sim ou não ("O que o gato está fazendo?" em vez de "O gato está dormindo?"). Em um estudo, crianças de 21 a 35 meses cujos pais fizeram isso - e que complementavam as respostas das crianças, corrigiam respostas erradas, ofereciam possibilidades alternativas, encorajavam a criança a contar a história e faziam elogios - tinham vocabulário e habilidades de linguagem expressiva 6 meses mais adiantadas do que um grupo-controle, cujos pais não utilizaram essas práticas durante a leitura. O grupo experimental também obteve um impulso em *habilidades de pré-alfabetização*, competências úteis no aprendizado da leitura, como aprender a forma e o som das letras (Arnold e Whitehurst, 1994; Whitehurst et al., 1988). As crianças para as quais se lê com frequência, principalmente dessa for-

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Avaliar os argumentos favoráveis e contrários ao valor da fala dirigida à criança (FDC)?
- ✓ Explicar por que a leitura em voz alta para crianças pequenas é benéfica?
- ✓ Descrever um modo eficaz de leitura em voz alta para bebês e crianças pequenas?

Lendo em voz alta para seu filho de 2 anos de idade e fazendo perguntas sobre as ilustrações no livro, este pai está ajudando o menino a construir habilidades de linguagem e preparar-se para tornar-se um leitor.



ma, do primeiro ao terceiro ano de idade, apresentam melhores habilidades de linguagem nas idades de 2 anos e 6 meses, 4 anos e 6 meses e 5 anos, além de melhor compreensão de leitura aos 7 anos (Crain-Thoreson e Dale, 1992; Wells, 1985).

A interação social na leitura em voz alta nas brincadeiras e em outras atividades diárias é o segredo de grande parte do desenvolvimento na infância. As crianças provocam respostas das pessoas a sua volta e, por sua vez, reagem a essas respostas. No Capítulo 6, observaremos mais detalhadamente essas influências bidirecionais quando explorarmos o desenvolvimento psicossocial inicial.

Resumo

Estudando o Desenvolvimento Cognitivo: Abordagens Clássicas

Indicador 1. Como os bebês aprendem e por quanto tempo eles conseguem lembrar?

- A **abordagem behaviorista** no estudo do **comportamento inteligente** concentra-se na mecânica da aprendizagem. Duas formas simples de aprendizagem que os behavioristas estudam são o **condicionamento clássico** e **condicionamento operante**.
- Pesquisas utilizando condicionamento operante constataram que a extensão de memória dos bebês aumenta com a idade. A memória dos bebês de uma ação está estreitamente ligada a indicadores contextuais. Novas informações contextuais podem ser acrescentadas durante uma **janela de tempo** limitada.

Indicador 2. É possível medir a inteligência de bebês e crianças pequenas? Como ela pode ser aperfeiçoada?

- A **abordagem psicométrica** procura determinar e medir quantitativamente os fatores que constituem a inteligência, geralmente através de **testes de QI (quociente de inteligência)** baseados em **normas padronizadas**. Para serem úteis, os testes psicométricos precisam ter **validade e fidedignidade**.
- Um teste de desenvolvimento amplamente utilizado com bebês e crianças pequenas são as **Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil**. Em bebês normais, os testes psicométricos podem indicar o funcionamento presente, mas geralmente não conseguem prever com precisão a inteligência posterior.
- Condição socioeconômica, práticas educativas e ambiente doméstico podem influenciar a inteligência medida. Segundo pesquisas utilizando a **Observação Doméstica para Medição do Ambiente (HOME)**, a responsividade dos pais e a capacidade de criar um ambiente doméstico estimulante são fatores importantes no desenvolvimento cognitivo.
- Se os **mecanismos de preparação para o desenvolvimento** necessários para um desenvolvimento normal não estiverem presentes, uma **intervenção precoce** pode ser necessária.

Indicador 3. Como Piaget descreveu o desenvolvimento cognitivo de bebês e crianças pequenas e como suas afirmações resistiram a um escrutínio posterior?

- A **abordagem piagetiana** preocupa-se com os estágios do desenvolvimento cognitivo. Durante o **estágio sensório-motor**, desde o nascimento até os 2 anos de idade, os **esquemas** cognitivos e comportamentais dos bebês tornam-se mais complexos. Eles progridem das **reações circulares** primárias para secundárias e terciárias e finalmente para o desenvolvimento da

capacidade representacional, o que torna possível a imitação **diferida**, o fazer de conta e a resolução de problemas.

- Segundo Piaget, a autolocomoção promove o desenvolvimento do conceito de objeto. A **permanência do objeto** desenvolve-se gradualmente durante todo o estágio sensório-motor. Piaget considerava o **erro A, não-B** um sinal de conhecimento incompleto do objeto e a persistência de pensamento egocêntrico.
- A pesquisa sugere que diversas capacidades desenvolvem-se mais cedo do que Piaget descreveu. Por exemplo, ele pode ter subestimado a compreensão das crianças da permanência do objeto porque seus métodos experimentais exigiam complexa coordenação motora. A **imitação invisível** - que, segundo Piaget, se desenvolve em torno dos 9 meses, após a **imitação visível** - foi descrita em recém-nascidos, embora essa descoberta esteja em discussão. A imitação diferida, que Piaget situou na segunda metade do segundo ano, foi descrita na idade de apenas 6 semanas.

Estudando o Desenvolvimento Cognitivo: Abordagens Mais Recentes

Indicador 4. Como podemos medir a capacidade dos bebês de processar as informações e como essa capacidade se relaciona com a futura inteligência?

- A **abordagem do processamento de informações** preocupa-se com os processos mentais - o que as pessoas fazem com a informação que percebem. Ao contrário de Piaget, a pesquisa em processamento de informações sugere que a capacidade de formar e recordar representações mentais está presente praticamente desde o nascimento.
- Indicadores da eficiência do processamento de informações nos bebês incluem velocidade de **habituação e desabituação**, **preferência visual e transferência intermodal**. Essas e outras capacidades de processamento, como **memória de reconhecimento visual**, tendem a prever a inteligência posterior.

Indicador 5. Quando os bebês começam a pensar sobre as características do mundo físico?

- A pesquisa sobre **violação de expectativas** sugere que bebês de apenas 3 meses e meio a 5 meses podem possuir uma compreensão rudimentar da permanência do objeto, um sentido de número, os primórdios de uma compreensão de causalidade e capacidade de raciocinar sobre outras características do mundo físico. Alguns pesquisadores sugerem que os bebês podem ter mecanismos de aprendizagem inatos para adquirir esse conhecimento. Entretanto, o significado desses achados de pesquisa está em discussão.

Indicador 6. O que a pesquisa cerebral pode revelar sobre o desenvolvimento de habilidades cognitivas?

- A **abordagem de neurociência cognitiva** é o estudo das estruturas cerebrais que regem o pensamento e a memória. Esses estudos constataram que algumas formas de **memória implícita** desenvolvem-se durante os primeiros meses de vida. A **memória explícita** e a **memória de trabalho** emergem entre 6 e 12 meses de idade. Desenvolvimentos neurológicos ajudam a explicar o surgimento das habilidades piagetianas e capacidades de processamento de informações.

Indicador 7. Como a interação social com os adultos desenvolve a competência cognitiva?

- A **abordagem sociocontextual** observa as interações sociais com adultos e como eles contribuem para a competência cognitiva. Através da **participação guiada** nas brincadeiras e outras atividades cotidianas compartilhadas, pais ou cuidadores ajudam as crianças a adquirirem habilidades, conhecimento e valores importantes em sua cultura.

Desenvolvimento da Linguagem

Indicador 8. Como os bebês desenvolvem a linguagem?

- A aquisição de **linguagem** é um aspecto importante do desenvolvimento cognitivo.
- A **fala pré-lingüística** inclui chorar, arrulhar, balbuciar e imitar os sons da língua. Os neonatos são capazes de distinguir os sons da fala; aos 6 meses, os bebês aprenderam os sons básicos de seu idioma e começam a compreender suas regras fonológicas e a ligar som a significado.
- Antes de dizerem sua primeira palavra, os bebês utilizam gestos, que incluem apontar, gestos sociais convencionais, gestos representacionais e gestos simbólicos.
- A primeira palavra tipicamente aparece entre os 10 e os 14 meses, dando início a **fala lingüística**; muitas vezes, ela é uma

holofrase. O vocabulário passivo cresce mais rápido do que o vocabulário ativo. Um "explosão de vocabulário" ocorre tipicamente entre os 16 e 24 meses de idade.

- As primeiras sentenças breves ou **fala telegráfica** geralmente aparecem entre os 18 e 24 meses. Aos 3 anos, a **sintaxe** e as capacidades de comunicação estão bastante desenvolvidas.
- A fala inicial caracteriza-se por simplificação, restrição e generalização excessivas dos significados das palavras e regularização excessiva das regras.
- Ao longo da história, duas concepções antagônicas sobre como as crianças adquirem a linguagem foram a teoria da aprendizagem, que enfatiza os papéis do reforço e imitação, e o **inatismo** de Chomsky, que afirma que as crianças possuem um **dispositivo de aquisição da linguagem (DAL)**. Hoje, a maioria dos cientistas do desenvolvimento sustenta que a capacidade inata para adquirir linguagem pode ser ativada ou restringida pela experiência.

Indicador 9. Que influências contribuem para o desenvolvimento lingüístico?

- As influências sobre o desenvolvimento da linguagem incluem a maturação cerebral e a interação social. A comunicação com pais ou cuidadores desempenha um papel vital em cada etapa de desenvolvimento da linguagem.
- Características da família, como condição socioeconômica, influenciam a interação verbal e a aprendizagem da linguagem. Crianças em lares onde se falam duas línguas tendem a utilizar **mistura de código** e **troca de código**.
- A **fala dirigida à criança (FDC)** parece ter benefícios cognitivos, emocionais e sociais, e os bebês demonstram uma preferência por ela. Entretanto, alguns pesquisadores contestam seu valor.
- **Ler** em voz alta para uma criança desde tenra idade ajuda a preparar o caminho para a **alfabetização**.

Palavras-Chave

comportamento inteligente (189)
 abordagem behaviorista (189)
 abordagem psicométrica (189)
 abordagem piagetiana (189)
 condicionamento clássico (190)
 condicionamento operante (190)
 janela de tempo (192)
 testes de QI (quociente de inteligência) (193)
 normas padronizadas (193)
 validade (193)
 fidedignidade (193)
 Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil (193)
 Observação Doméstica para Medição do Ambiente (HOME) (195)
 mecanismos de preparação para o desenvolvimento (196)
 intervenção precoce (196)

estágio sensorio-motor (197)
 esquemas (197)
 reações circulares (197)
 capacidade representacional (198)
 imitação diferida (198)
 permanência do objeto (200)
 erro A, não-B (200)
 imitação invisível (201)
 imitação visível (201)
 abordagem do processamento de informações (203)
 abordagem da neurociência cognitiva (204)
 abordagem sociocontextual (204)
 habituação (204)
 desabituação (204)
 preferência visual (205)
 transferência intermodal (205)
 memória de reconhecimento visual (206)

violação de expectativas (207)
 memória explícita (211)
 memória implícita (211)
 memória de trabalho (211)
 participação guiada (212)
 linguagem (213)
 alfabetização (213)
 fala pré-lingüística (213)
 fala lingüística (215)
 holofrase (215)
 fala telegráfica (216)
 sintaxe (217)
 inatismo (219)
 dispositivo de aquisição de linguagem (DAL) (219)
 mistura de código (222)
 troca de código (222)
 fala dirigida à criança (FDC) (222)

Capítulo 6

Desenvolvimento Psicossocial nos Três Primeiros Anos



*E*u sou como uma criança, tentando fazer tudo, dizer tudo e ser tudo, tudo ao mesmo tempo

John Hartford, "Life Prayer", 1971



Helen Keller

Foco:

Helen Keller e o Mundo dos Sentidos*

"O que uma vez desfrutamos jamais iremos perder", escreveu certa vez a escritora Helen Keller (1880-1968). "O pôr-do-sol, uma montanha ao luar, o mar sereno ou revoltado - vemos essas coisas, amamos sua beleza e guardamos essa imagem em nossos corações. Tudo que amamos profundamente se torna parte de nós" (Keller, 1929, p. 2).

Essa citação é especialmente extraordinária - e especialmente pungente - em virtude do fato de que Helen Keller nunca viu um pôr-do-sol, nem uma montanha, o luar, o mar ou qualquer outra coisa depois dos 19 meses de idade. Foi com essa idade que ela contraiu uma misteriosa febre, a qual a deixou surda e com um declínio inexorável da visão.

Antes de adoecer, Helen era um bebê normal e saudável - vivaz, sociável e carinhosa. Depois, tornou-se inexpressiva e apática. Com 1 ano começara a andar; depois, agarrava-se à saia da mãe ou ficava sentada em seu colo. Ela também estava começando a falar; uma de suas primeiras palavras foi *água*. Depois de adoecer, ela ainda dizia "á-ga", mas não muito mais do que isso.

Perturbados, seus pais primeiro a levaram a um estação de águas termais e depois a médicos especialistas, mas não havia esperança de cura. As vias sensoriais de Helen para a exploração do mundo haviam se fechado - mas não totalmente. Privada de dois sentidos, ela dependia muito mais dos outros três, principalmente tato e olfato. As lembranças do mundo iluminado que antes conhecera ajudavam-na a dar sentido à noite inexorável em que agora se encontrava.

Helen entendia que ela não era como as outras pessoas, mas a princípio não tinha uma idéia clara de quem ou o que ela era. "Eu vivia em um mundo que era um não-mundo....eu não sabia que sabia [alguma coisa], ou que vivia ou agia ou desejava" (1920, p. 113). Às vezes, quando seus familiares estavam conversando entre si, ela se colocava entre eles e tocava seus lábios, depois punha-se freneticamente a mexer os seus - mas nada acontecia. Sua frustração encontrava um escape em acessos de raiva violentos e inconsoláveis; ela espermeava e gritava até ficar exausta.

Com pena, os pais de Helen satisfaziam seus caprichos. Por fim, mais por desespero do que com esperança, eles contrataram uma professora para ela: uma jovem chamada Anne Sullivan, que também tinha deficiência visual e fora educada em uma escola para cegos. Chegando à casa de Keller, Sullivan achou Helen, então com 6 anos, "selvagem, teimosa e destrutiva" (Lash, 1980, p. 348). Certa vez, depois de aprender a usar uma chave, Helen trancou a mãe na despensa. Em outra ocasião, frustrada pelas tentativas de sua professora de soletrar a palavra *doll* (*boneca*) na palma de sua mão, Helen arremessou a boneca nova ao chão, esmigalhando-a.

* As fontes de informação sobre Helen Keller incluíram Keller (1905, 1920) e Lash (1980).

S U M Á R I O

FOCO: Helen Keller e o Mundo dos Sentidos

Fundamentos do Desenvolvimento Psicossocial

Emoções
Temperamento
Primeiras Experiências Sociais: O Bebê na Família

Questões de Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida

Desenvolvendo a Confiança
Desenvolvendo os Laços Afetivos
Comunicação Emocional com Cuidadores: Regulação Mútua
Referencial Social

Questões de Desenvolvimento na Primeira Infância

A Emergência do Senso de Identidade
Desenvolvendo a Autonomia
Socialização e Internalização:
Desenvolvendo uma Consciência

Contato com Outras Crianças

Irmãos
Sociabilidade com Outras Crianças

Filhos de Pais que Trabalham Fora

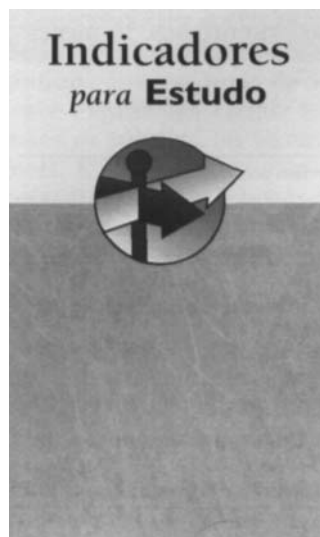
Efeitos da Vida Profissional dos Pais
O Impacto dos Serviços de Assistência para Crianças Pequenas

Mas, naquele mesmo dia, a garotinha fez seu primeiro avanço lingüístico. Enquanto caminhavam pelo jardim, ela e a professora pararam junto à bomba para beber água. Sullivan colocou a mão de Helen sob a torneira, ao mesmo tempo soletrando "á-g-u-a" várias vezes em sua outra mão. "Fiquei parada", Keller posteriormente escreveu, "com toda a atenção concentrada nos movimentos dos dedos dela. De repente tive uma vaga consciência de algo esquecido - a emoção de um pensamento que volta; e de alguma forma o mistério da linguagem revelou-se para mim. Soube então que 'á-g-u-a' significava aquela coisa maravilhosa fria que corria sobre minha mão. Aquela palavra viva despertou minha alma, deu-lhe luz, esperança, alegria, libertou-a!" (Keller, 1905, p.35).

A história de como Anne Sullivan "amansou" essa criança indisciplinada e trouxe-a para a luz da linguagem e da comunhão social é familiar e inspiradora. Para nossos objetivos neste livro, a lição a ser extraída dos primeiros anos de vida de Helen Keller é o quanto o desenvolvimento psicossocial depende de bases físicas e cognitivas. Privada da visão e da audição, Helen regrediu a um estado emocional primitivo, com medo de separar-se da mãe, mas incapaz de confiar ou de desenvolver laços afetivos positivos. Quando essa criança "difícil" começou a aprender a se comunicar, sua janela para o mundo da experiência social se abriu, permitindo-lhe controlar e expressar seus sentimentos (o que posteriormente fez em mais de 12 livros publicados), tornar-se mais independente e interagir com os outros de uma forma saudável - coisas que normalmente ela teria começado a aprender na primeira infância. Seu relacionamento com sua professora, Anne Sullivan, continuou sendo especial por toda a sua vida.

Neste capítulo, primeiramente examinaremos os fundamentos do desenvolvimento psicossocial: emoções, temperamento e primeiras experiências com os pais. Abordaremos as teorias de Erik Erikson sobre a formação da confiança e o desenvolvimento da autonomia. Observaremos os padrões dos laços afetivos e seus efeitos a longo prazo, como se desenvolve o senso de identidade e como as crianças pequenas começam a regular seu próprio comportamento segundo padrões socialmente aceitos. Exploraremos os relacionamentos com irmãos e com outras crianças. Por fim, consideraremos o impacto cada vez maior do fato de os pais trabalharem fora de casa e de as crianças freqüentarem creches em idade precoce.

Depois de ler e estudar esse capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. Quando e como se desenvolvem as emoções? Como os bebês as demonstram?
2. Como os bebês demonstram diferenças de temperamento e quão duradouras são essas diferenças?
3. Que papel mães e pais desempenham no desenvolvimento inicial da personalidade?
4. Como os bebês adquirem confiança em seu mundo e formam laços afetivos?
5. Como os bebês e os cuidadores "lêem" os sinais não-verbais uns dos outros?
6. Quando surge o senso de identidade (*self*)?
7. Como as crianças pequenas desenvolvem autonomia e padrões de comportamento socialmente aceitável?
8. Como os bebês e as crianças pequenas interagem com os irmãos e com outras crianças?
9. De que modo o fato de os pais trabalharem fora de casa influencia o desenvolvimento dos bebês e das crianças pequenas?

Fundamentos do Desenvolvimento Psicossocial

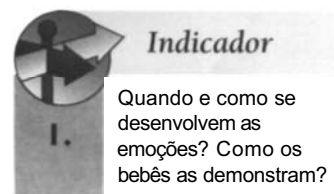
Embora os bebês tenham padrões comuns de desenvolvimento, eles também - desde o início - apresentam personalidades distintas, que refletem tanto influências inatas como ambientais. Desde o nascimento, o desenvolvimento da personalidade se entrelaça com os relacionamentos sociais (ver Tabela 6-1).

Emoções

Emoções, como tristeza, alegria e medo, são reações subjetivas a experiências associadas às variações fisiológicas e comportamentais. Todos os seres humanos normais possuem a mesma gama de emoções, mas as pessoas diferem quanto à frequência com que sentem uma determinada emoção, os tipos de eventos que podem produzi-la, as manifestações físicas que apresentam (como variações na frequência cardíaca) e como agem em consequência disso. O padrão característico das reações emocionais de uma pessoa começa a se desenvolver desde muito cedo e é um elemento básico da personalidade.

Sob uma perspectiva etológica, as emoções desempenham diversas funções importantes para a sobrevivência e o bem-estar humanos. Uma é comunicar a condição interna da pessoa aos outros e provocar uma resposta. Essa função comunicativa é crucial para os bebês, que dependem dos adultos para satisfazer suas necessidades básicas. Uma segunda função é orientar e regular o comportamento - função que durante a primeira infância começa a ser transferida do cuidador para a criança. Emoções como medo e surpresa mobilizam a ação em emergências. Outras emoções, como interesse e excitação, promovem a exploração do ambiente, o que pode trazer um aprendizado útil na proteção ou sustentação da vida.

As emoções humanas são flexíveis e modificáveis. O desenvolvimento cognitivo desempenha um papel importante na emoção quando os bebês aprendem a avaliar o significado de uma situação ou de um evento em seu contexto e aferir o que está acontecendo segundo expectativas baseadas em experiências prévias. O medo de Melissa, de 8 meses, de um estranho que tenta tomá-la nos braços envolve a memória para rostos, a capacidade de comparar a aparência do estranho com a da mãe e talvez a recordação de situações em que teve contato com um estranho. Se Melissa tiver a chance de se acostumar com o estranho gradativamente em um ambiente familiar, é possível que não demonstre uma reação negativa (Lewis, 1997; Sroufe, 1997).



Indicador
1. Quando e como se desenvolvem as emoções? Como os bebês as demonstram?

emoções

Reações subjetivas a experiências associadas a variações fisiológicas e comportamentais.

Tabela 6-1 Marcos do Desenvolvimento Psicossocial na Primeira Infância, do Nascimento aos 36 meses

Idade Aproximada, meses	Características
0 - 3	Os bebês são receptivos à estimulação. Começam a demonstrar interesse e curiosidade e sorriem prontamente para as pessoas.
3 - 6	Os bebês são capazes de prever o que vai acontecer e sentir desapontamento quando isso não acontece. Demonstram isso ao ficarem zangados ou cautelosos. Sorriem, resmungam e riem com frequência. Essa é uma época de despertar social e das primeiras trocas recíprocas entre o bebê e o cuidador.
7 - 9	Os bebês fazem "jogos sociais" e tentam obter resposta das pessoas. "Falam", tocam e tentam fazer outros bebês responderem. Expressam emoções mais diferenciadas, demonstrando alegria, medo, raiva e surpresa.
9 - 12	Os bebês preocupam-se muito com o principal cuidador, podem ficar com medo de estranhos e agir de modo reservado em novas situações. Com 1 ano, comunicam suas emoções de maneira mais clara, demonstrando estados de espírito, ambivalência e gradações de sentimentos.
12 - 18	Os bebês andam e exploram seu ambiente, usando as pessoas às quais têm maior apego como base segura. A medida que dominam o ambiente, tornam-se mais confiantes e mais ansiosos por afirmação.
18 - 36	As crianças, às vezes, ficam ansiosas porque percebem o quanto estão se separando de seu cuidador. Elaboram sua consciência de suas limitações por imaginação, brincadeiras e identificação com adultos.

FONTE: Adaptado de Sroufe, 1979.

Primeiros Sinais de Emoção

Os recém-nascidos demonstram abertamente quando estão infelizes. Soltam gritos penetrantes, sacodem pernas e braços e enrijecem o corpo. Saber quando estão felizes já é mais difícil. Durante o primeiro mês, acalmam-se com o som da voz humana ou quando são tomados nos braços e podem sorrir quando mexemos seus braços juntos para brincar. No decorrer do tempo, os bebês respondem mais às pessoas com sorrisos, arrulhos, estendendo os braços e, posteriormente, indo até elas.

Esses primeiros sinais ou indícios dos sentimentos dos bebês são passos importantes no desenvolvimento. Quando os bebês querem algo ou precisam de alguma coisa, choram; quando se sentem sociáveis, sorriem ou riem. Quando suas mensagens trazem uma resposta, seu sentimento de ligação com as outras pessoas cresce. Seu sentimento de controle sobre seu mundo também cresce quando percebem que seus gritos trazem ajuda e conforto e que seus risos e sorrisos provocam risos e sorrisos em retribuição. Os bebês tornam-se mais capazes de participar da regulação de seus estados de excitação e de sua vida emocional.

No decorrer do tempo, o significado dos sinais emocionais dos bebês muda. Inicialmente, chorar significa desconforto físico; posteriormente, isso mais comumente expressa sofrimento psicológico. O sorriso surge de modo espontâneo como expressão de bem-estar; em torno de 3 a 6 semanas, um sorriso pode demonstrar prazer no contato social. A medida que o tempo passa, os sorrisos e o riso em situações novas ou incongruentes refletem o crescimento da consciência cognitiva e da capacidade de lidar com a excitação (Sroufe, 1997).

Chorar Chorar é o mais poderoso - e às vezes o único - modo que os bebês possuem de comunicar suas necessidades. Quase todos os adultos em qualquer parte do mundo respondem rapidamente a um bebê que está chorando (Broude, 1995).

Pesquisas identificaram quatro padrões distintos de choro (Wolff, 1969): o *choro de fome* básico (um choro rítmico, que nem sempre está associado à fome); o *choro de raiva* (variação do choro rítmico, na qual um excesso de ar é forçado através das cordas vocais); o *choro de dor* (crise repentina de choro intenso sem gemidos preliminares, às vezes seguido pela contenção da respiração); e o *choro de frustração* (dois ou três gritos longos, sem pausa prolongada na respiração).

Alguns pais receiam que irão mimar uma criança se responderem demais ao choro. Pesquisas iniciais concluíram que isso não é verdade. Ao final do primeiro ano, os bebês cujas mães tinham regularmente respondido ao choro choravam menos, sugerindo que a reação das mães aos bebês garantiu-lhes confiança em seu po-

der de atuar sobre sua condição (Ainsworth e Bell, 1977; Bell e Ainsworth, 1972). Com 1 ano, esses bebês estavam comunicando-se mais de outras formas - balbucios, gestos e expressões faciais - ao passo que os bebês cujas mães os puniam ou ignoravam continuavam chorando mais. Entretanto, estudos observacionais mais recentes constataram que os bebês cujas mães eram mais vagarosas para responder a seu choro choravam com *menos* frequência aos 6 meses. O motivo pode estar na distinção entre dois tipos de choro: choro de sofrimento profundo, que exige uma resposta imediata, e um choro mais manhoso. O retardo em reagir a este último pode ajudar os bebês a aprender a lidar com irritações menores sozinhos (Hubbard e van Ijzendoorn, 1991). Por outro lado, se os pais esperarem até que os choros de angústia evoluam para guinchos de raiva, talvez seja mais difícil acalmar o bebê; e esse padrão, se experimentado com frequência, pode interferir no desenvolvimento da capacidade dos bebês de regular ou gerenciar seu próprio estado emocional (Thompson, 1991).



Chorar é o mais poderoso - e às vezes o único - modo que os bebês possuem de comunicar suas necessidades. Os pais aprendem a reconhecer se seu bebê está chorando de fome, raiva, frustração ou dor.

Sorrir e Rir Os primeiros esboços de sorriso ocorrem de modo espontâneo logo após o nascimento, aparentemente como resultado dos ciclos alternados de excitação e relaxamento na atividade do sistema nervoso subcortical. Esses sorrisos involuntários costumam aparecer durante períodos de sono REM (ver Capítulo 4). Eles se tornam menos frequentes durante os 3 primeiros meses enquanto o cérebro amadurece (Sroufe, 1997).

Os primeiros sorrisos *em estado alerta* podem ser provocados por sensações suaves, como pequenas sacudidelas ou toques sobre a pele do bebê. Na segunda semana, um bebê pode sorrir sonolentamente depois de uma refeição. Na terceira semana, a maioria dos bebês começa a sorrir quando está alerta e prestando atenção à voz e ao aceno de cabeça de um adulto. Com 1 mês, os sorrisos geralmente se tornam mais frequentes e mais sociais. Durante o segundo mês, à medida que o reconhecimento visual desenvolve-se, os bebês sorriem mais em resposta a estímulos visuais, como os rostos que conhecem (Sroufe, 1997; Wolff, 1963).



Aos 6 meses, dar cabeçadas com o avô faz Jackson rir. O riso em situações incomuns ou inesperadas reflete o desenvolvimento da compreensão cognitiva.

Aproximadamente no quarto mês, os bebês começam a rir alto quando os beijamos na barriga ou lhes fazemos cócegas ("Eu vou te pegar!"). A medida que crescem, riem com mais frequência e de mais coisas. Um bebê de 6 meses dá risinhos ao reagir a sons incomuns ou ao ver sua mãe com uma toalha sobre o rosto; um bebê de 8 meses pode sorrir durante uma brincadeira. Essa mudança reflete o desenvolvimento cognitivo: por rirem do inesperado, os bebês com mais idade demonstram que sabem o que esperar. O riso também ajuda os bebês a aliviar a tensão, como a do medo de um objeto ameaçador (Sroufe, 1997).

Um estudo longitudinal de crianças com síndrome de Down ressalta a ligação entre desenvolvimento emocional e cognição. Na infância, essas crianças com retardo leve ou grave passaram pela seqüência normal de desenvolvimento emocional; porém, em um ritmo mais lento do que o comum. Apresentaram atrasos marcantes na emergência do riso e sorriso e também do medo (Cicchetti e Beeghly, 1990; Cicchetti e Sroufe, 1976, 1978).

Quando se Desenvolvem as Diversas Emoções?

Em que idade tristeza, alegria, medo e outras emoções desenvolvem-se? Para responder a essa pergunta, precisamos determinar que um bebê de uma certa idade está apresentando uma determinada emoção. Identificar as emoções de um bebê é um desafio porque os bebês não podem dizer-nos o que sentem. Contudo, pais, outros cuidadores e pesquisadores aprendem a reconhecer sinais. Por exemplo, Carroll Izard e colaboradores filmaram as expressões faciais de bebês e as interpretaram como evidenciando alegria, tristeza, interesse e medo, e em menor grau, raiva, surpresa e repulsa (Izard, Huebner, Resser, McGinness e Dougherty, 1980). É claro que não sabemos se esses bebês realmente experimentaram os sentimentos que lhes foram atribuídos, mas suas expressões faciais eram notavelmente semelhantes às expressões de adultos que experimentam essas emoções.

As expressões faciais não são o único, nem necessariamente o melhor, indicador das emoções dos bebês; a atividade motora, a linguagem corporal e as mudanças fisiológicas também são indicadores importantes. Um bebê pode estar com medo sem apresentar uma "cara de medo"; o bebê pode demonstrar medo pelo fato de virar-se ou desviar o olhar ou pela aceleração dos batimentos cardíacos, e esses sinais necessariamente não acompanham uns aos outros. Critérios diversos podem apontar para diferentes conclusões sobre o momento de surgimento de emoções específicas. Além disso, existe quanto a isso muita variação de um indivíduo para o outro (Sroufe, 1997).

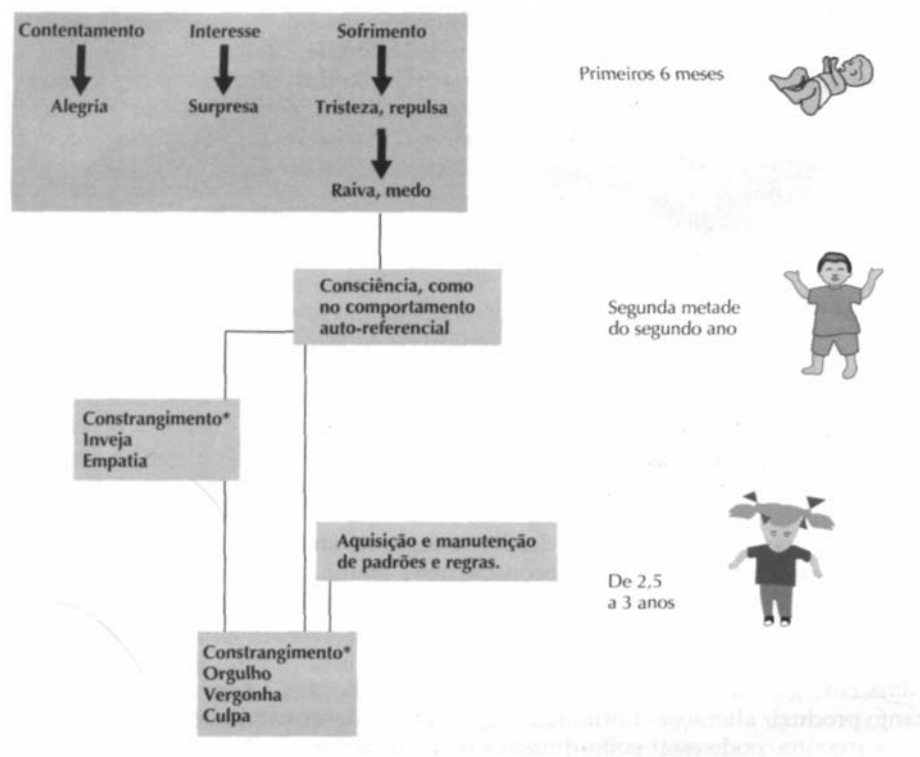
Entretanto, teoria e pesquisa sugerem que o processo de desenvolvimento emocional é um processo ordenado. As emoções não surgem plenamente desenvolvidas. Assim como um sorriso neonatal espontâneo é um precursor dos sorrisos de prazer em resposta a pessoas ou eventos, emoções complexas parecem basear-se em outras emoções anteriores mais simples (Sroufe, 1997). De acordo com um modelo (Lewis, 1997; ver Figura 6-1), logo após o nascimento, os bebês demonstram sinais de contentamento, interesse e sofrimento. Essas são respostas difusas, reflexas e sobretudo fisiológicas à estimulação sensorial ou a processos internos. Aproximadamente durante os seis meses seguintes, esses primeiros estados emocionais diferenciam-se em emoções reais: alegria, surpresa, tristeza, repulsa e, por fim, raiva e medo - reações a eventos que possuem significado para o bebê. Como discutiremos na próxima seção, o surgimento dessas emoções básicas ou fundamentais parece estar relacionado com o "relógio" biológico de maturação neurológica.

Embora o repertório de emoções básicas pareça ser universal, existem variações culturais em sua expressão. Diversas culturas desencorajam a demonstração de raiva e medo nas crianças (Broude, 1995). Em observações laboratoriais, rostos filmados de bebês chineses de 11 meses cujos braços foram imobilizados por alguns instantes, ou que viram uma cabeça de gorila se aproximando, expressavam menos emoções do que as de bebês norte-americanos e japoneses nas mesmas situações (Camras et al., 1998). Não está claro se essas descobertas refletem atitudes culturais ou diferenças inatas de responsividade emocional.

As emoções *autoconscientes*, como constrangimento, empatia e inveja, surgem somente depois que as crianças desenvolveram **autoconsciência**: a compreensão cognitiva de que elas são seres em funcionamento, separados do resto de seu ambiente. A consciência de si mesmo parece surgir entre 15 e 24 meses, quando (segundo Piaget)

autoconsciência

Compreensão de que nossa existência e nosso funcionamento são separados dos de outras pessoas e coisas.

**Figura 6-1**

Diferenciação das emoções durante os primeiros 3 anos. As emoções fundamentais ou básicas surgem aproximadamente durante os primeiros 6 meses; as emoções autoconscientes se desenvolvem a partir da segunda metade do segundo ano, como consequência do surgimento da autoconsciência (consciência de si mesmo) juntamente com o acúmulo de conhecimento sobre padrões e regras da sociedade.

*Nota: Existem dois tipos de constrangimento. O tipo mais precoce não envolve avaliação do comportamento e pode ser simplesmente uma reação a ser escolhido como o objeto de atenção. O segundo tipo, o constrangimento de avaliação, que surge durante o terceiro ano, é uma forma branda de vergonha.

(Fonte: Adaptado de Lewis, 1997, Figura 1, p. 120.)

os bebês tornam-se capazes de fazer representações mentais - de si mesmos e de outras pessoas e coisas. A autoconsciência é necessária para que as crianças possam saber que são o foco de atenção, possam identificar-se com o que os outros estão sentindo ou desejar ter o que outra pessoa possui. Durante o terceiro ano, tendo adquirido um conhecimento considerável a respeito de padrões, regras e objetivos aceitos de seu meio social - sobretudo a partir de atitudes e reações dos pais a seu comportamento - as crianças desenvolvem emoções de *auto-avaliação*, como orgulho, vergonha e culpa. Podem então avaliar seus próprios pensamentos, planos, desejos e comportamento segundo o que se considera socialmente adequado (Lewis, 1995, 1997, 1998). (Retornaremos ao tópico do senso de identidade posteriormente neste capítulo.)

Crescimento Cerebral e Desenvolvimento Emocional

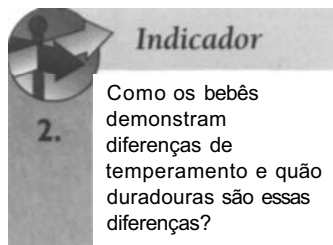
O crescimento do cérebro depois do nascimento, incluindo a proliferação de rotas neurais (descritas nos Capítulos 4 e 5), está intimamente ligado às mudanças na vida emocional. Este é um processo bidirecional: a experiência social e emocional não apenas é afetada pelo desenvolvimento do cérebro, como também pode ter efeitos duradouros sobre a estrutura do cérebro (Mlot, 1998; Sroufe, 1997).

Algumas pesquisas sugerem que regiões distintas do cérebro (ver a Figura 4-6 no Capítulo 4), mas em interação, podem ser responsáveis pelos diferentes estados emocionais. Por exemplo, o medo parece situar-se na *amígdala*, estrutura em forma de amêndoa localizada no centro do cérebro, mas o lado esquerdo do córtex pré-frontal pode modular sua atividade (LeDoux, 1989; Mlot, 1998).

Vários tipos de evidências apóiam o papel da maturação neurológica no desenvolvimento emocional. Mudanças nos eletroencefalogramas, padrões de sono, *sistema nervoso autônomo* (que controla a atividade involuntária das glândulas e dos órgãos internos) e anatomia cerebral (reveladas por estudos com animais e autópsias de bebês

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Citar duas funções importantes das emoções?
- ✓ Explicar o significado dos padrões de choro, sorriso e riso?
- ✓ Descrever a sequência típica de surgimento das emoções básicas, autoconscientes e de avaliação e explicar sua ligação com o desenvolvimento cognitivo e neurológico?

**temperamento**

Disposição característica de uma pessoa ou estilo de abordar e de reagir às situações.

humanos), que ocorrem como parte do desenvolvimento, apontam para quatro principais modificações na organização cerebral, as quais correspondem aproximadamente a mudanças nos processos emocionais (Schore, 1994; Sroufe, 1997).

Durante os primeiros 3 meses, a diferenciação das emoções básicas inicia-se quando o *córtex cerebral* torna-se funcional, acionando as percepções cognitivas. O sono REM e o comportamento reflexo, inclusive o sorriso neonatal espontâneo, diminuem. O sorriso social reflete o desejo crescente de buscar e manter contato com os estímulos externos.

A segunda modificação ocorre em torno dos 9 ou 10 meses, quando os *lobos frontais* amadurecem e as estruturas límbicas, como o *hipocampo*, tornam-se maiores e mais semelhantes as de adultos. Conexões entre o *hipotálamo* e sistema límbico, que processam as informações sensoriais, e o *córtex frontal* podem favorecer a relação entre as esferas emocional e cognitiva. À medida que essas conexões tornam-se mais densas e complexas, o bebê pode experimentar e interpretar emoções ao mesmo tempo. O desenvolvimento de reconhecimento e recordação, permanência do objeto e outros avanços possibilitam a coordenação de eventos passados e presentes e expectativas futuras. Um bebê dessa idade pode ficar aborrecido quando uma bola vai parar embaixo do sofá e pode rir ou sorrir quando a recupera. O medo de estranhos costuma desenvolver-se nessa época.

A terceira modificação ocorre durante o segundo ano, quando os bebês desenvolvem autoconsciência, emoções autoconscientes e maior capacidade para regular suas próprias emoções e atividades. Essas mudanças, que coincidem com maior mobilidade física e comportamento exploratório, podem estar relacionadas com a mielinização dos lobos temporais.

A emergência de emoções de avaliação em torno dos 3 anos pode tanto refletir quanto produzir alterações hormonais no cérebro. O desenvolvimento de emoções, como a vergonha, pode estar subordinado a uma mudança envolvendo um afastamento da dominância do *sistema simpático*, que prepara o corpo para a ação, sobre o sistema nervoso autônomo e a maturação do *sistema parassimpático*, envolvido na excreção e excitação sexual. A experiência de vergonha pode, por sua vez, ativar os circuitos inibitórios do sistema límbico e desativar os circuitos excitatórios, por fim levando os dois circuitos ao equilíbrio. Além disso, o aumento na atividade do hemisfério esquerdo sustenta o surgimento da linguagem, o que aumenta a interação social e a consciência dos padrões dos pais e da sociedade.

Fatores neurológicos podem também desempenhar um papel nas diferenças de temperamento (Mlot, 1998), tópico que discutimos a seguir.

Temperamento

O **temperamento**, às vezes definido como nosso modo característico de lidar com e reagir às pessoas e às situações, é o *como* do comportamento: não o *que* as pessoas fazem, mas de que forma o fazem. Duas crianças pequenas, por exemplo, podem ser igualmente capazes de se vestir e podem estar igualmente motivadas, mas talvez uma delas o faça com mais rapidez do que a outra, esteja mais disposta a vestir uma roupa nova e distraia-se menos se o gato pular sobre a cama.

De que consiste o temperamento? Como e quando se desenvolve? Como afeta a adaptação social? E pode mudar?

Aspectos e Padrões de Temperamento: O Estudo Longitudinal de Nova York

O Estudo Longitudinal de Nova York (ELNY), iniciado em 1956 por Alexander T. Thomas, Stella C. Chess e Herbert B. Birch, é considerado o estudo pioneiro sobre temperamento. Esses pesquisadores acompanharam 133 bebês até a idade adulta, realizando entrevistas, testes e observações com eles e entrevistando seus pais e professores.

Os pesquisadores observaram o grau de atividade das crianças; sua regularidade nos hábitos de alimentação, sono e evacuação; sua prontidão em aceitar novas pessoas e situações; como se adaptavam a mudanças na rotina; sua sensibilidade a ruído, luzes fortes e outros estímulos sensoriais; a intensidade de suas respostas; se sua disposição tendia a ser aprazível, alegre e sociável ou desagradável, infeliz e hostil; se elas persistiam nas tarefas, ou se distraíam com facilidade (Thomas, Chess



O sorriso disposto de Daniel, de 7 meses, e sua disposição em experimentar uma nova comida são sinais de um temperamento fácil.

e Birch, 1968). As crianças diferiam em todas essas características, praticamente desde o nascimento, e as diferenças tendiam a continuar. Entretanto, muitas crianças, como Helen Keller depois de adoecer, mudaram seu estilo de comportamento, parecendo reagir a experiências especiais ou ao manejo dos pais (Lerner e Galambos, 1985; Thomas e Chess, 1984).

Para melhor apreciar como o temperamento pode influenciar o comportamento, vamos observar três irmãs. Amy, a mais velha, era um bebê alegre e calmo que comia, dormia e evacuava em horários regulares. Acolhia cada dia e a maioria das pessoas com um sorriso, e o único sinal de que estava acordada durante a noite era o ttilintar de um brinquedo musical em seu berço. Quando Brooke, a segunda irmã, acordava, abria a boca para chorar antes mesmo de abrir os olhos. Ela comia e dormia pouco e de maneira irregular; ria e chorava alto, freqüentemente explodindo em acessos de raiva; para poder envolver-se com novas pessoas e experiências, tinha que ser convencida de que não eram perigosas. Já a irmã mais nova, Christina, tinha reações brandas, tanto positivas como negativas. Não gostava da maioria das situações novas, mas caso pudesse proceder lentamente, em seu próprio ritmo, acabava interessando-se e envolvendo-se.

Quase dois terços das crianças no ELNY se enquadravam em uma de três categorias exemplificadas por essas três irmãs (ver Tabela 6-2). Quarenta por cento eram **crianças fáceis** como Amy: geralmente felizes, com funcionamento biológico rítmico e receptivas a novas experiências. Dez por cento eram o que os pesquisadores chamam de **crianças difíceis** como Brooke: mais irritadiças e difíceis de agradar, com ritmo biológico irregular e mais intensas na expressão de emoção. Quinze por cento eram **crianças de aquecimento lento** como Christina: suave, mas vagarosa para se adaptar a novas pessoas e situações (Thomas e Chess, 1977, 1984).

Muitas crianças (incluindo 35% da amostra do ELNY) não se enquadram perfeitamente em nenhum desses três grupos. Um bebê pode comer e dormir regularmente, mas ter medo de estranhos. Uma criança pode ser fácil a maior parte do tempo, mas não sempre. Outra criança pode ter adaptação lenta a novos alimentos, mas se adaptar rapidamente a novas babás. Todas essas variações são normais (Thomas e Chess, 1984).

Segundo o ELNY, o segredo para uma adaptação saudável é o **grau de harmonia** - a correspondência entre o temperamento de uma criança e as demandas e os constrangimentos do ambiente com os quais a criança precisa lidar. Podem ocorrer problemas se esperarmos que uma criança muito ativa fique sentada por longos períodos, se uma criança de aquecimento lento for constantemente submetida a novas situações ou se uma criança persistente for constantemente afastada de projetos envolventes.

crianças fáceis

Crianças com um temperamento geralmente feliz, ritmos biológicos regulares e disposição para aceitar novas experiências.

crianças difíceis

Crianças com um temperamento irritadiço, ritmos biológicos irregulares e respostas emocionais intensas.

crianças de aquecimento lento

Crianças cujo temperamento geralmente é tranqüilo, mas que hesitam para aceitar novas experiências.

grau de harmonia

Grau de adequação entre as demandas e os constrangimentos ambientais e o temperamento de uma criança.

Tabela 6-2 Três Padrões de Temperamento

Criança fácil	Criança difícil	Criança de Aquecimento Lento
Tem estados de humor de intensidade branda a moderada, geralmente positivos	Apresenta estados de humor intensos e freqüentemente negativos; chora com freqüência e com intensidade; também ri com intensidade	Tem reações moderadamente intensas, tanto negativas como positivas
Reage bem à novidade e à mudança	Reage mal à novidade e à mudança	Reage lentamente à novidade e à mudança
Rapidamente desenvolve hábitos de sono e alimentação regulares	Dorme e come irregularmente	Dorme e come com mais regularidade do que a criança difícil, menos regularmente do que a criança fácil
Adapta-se a novos alimentos com facilidade	Aceita novos alimentos lentamente	Demonstra reação inicial ligeiramente negativa a novos estímulos (um primeiro encontro com uma nova pessoa, com um novo lugar ou uma nova situação)
Sorri para estranhos	Desconfia de estranhos	
Adapta-se facilmente a novas situações	Adapta-se lentamente a novas situações	
Aceita a maioria das frustrações sem estardalhaço	Reage à frustração com acessos de raiva	
Adapta-se rapidamente a novas rotinas e regras de novos jogos	Adapta-se lentamente a novas rotinas	Gradualmente desenvolve, sem pressão, gosto por novos estímulos após exposições repetidas

Fonte: Adaptado de Thomas e Chess, 1984.

Quando os pais reconhecem que uma criança age de certa forma não por teimosia, preguiça ou burrice, mas basicamente em função do temperamento inato, ficam menos propensos a se sentirem culpados, ansiosos ou hostis, ou a serem rígidos ou impacientes. Em vez de encarar o temperamento de uma criança como um impedimento, eles podem prever suas reações e ajudá-la a se adaptar. Por exemplo, uma criança "difícil" pode precisar de tempo extra antes de ter que guardar os brinquedos, ou pode exigir uma cuidadosa preparação especial antes de uma mudança na família. Às vezes, tudo o que é preciso é um simples ajuste nas demandas dos pais (Chess, 1997).

Qual É o Grau de Estabilidade do Temperamento?

Já no útero, os fetos demonstram personalidades distintas. Possuem diferentes níveis de atividade e freqüências cardíacas, as quais parecem prognosticar diferenças de disposição após o nascimento (DiPietro, Hodgson, Costigan e Johson, 1996; ver Capítulo 3). Essas e outras evidências sugerem que o temperamento é inato e em grande parte hereditário (Braugart, Plomin, DeFries e Fulker, 1992; Emde et al., 1992; Schmitz, Saudino, Plomin, Fulker e DeFries, 1996; Thomas e Chess, 1977, 1984). Ele também tende a ser bastante estável. Os recém-nascidos apresentam diferentes padrões de sono, protesto e atividade, e essas diferenças tendem a persistir em certa medida (Korner et al., 1985; Korner, 1996).

O temperamento inicial pode prenunciar a personalidade adulta. Em um estudo longitudinal, as diferenças de temperamento entre 900 crianças de 3 anos prenunciavam sua adaptação social 18 anos depois. As crianças avaliadas como bem-adaptadas, confiantes ou reservadas aos 3 anos apresentavam funcionamento social normal aos 21, ao passo que as que haviam sido classificadas como inibidas tendiam a ser menos sociáveis. As crianças classificadas como subcontroladas (irritáveis, impulsivas, muito agitadas, desatentas, emocionalmente instáveis e sem persistência) tiveram um grande número de problemas sociais ao crescer (Newman, Caspi, Moffitt e Silva, 1997). Crianças de 3 anos subcontroladas tendiam, aos 18, a ser agressivas ou alienadas e de baixo constrangimento (um misto de evitação de dano, controle e altos padrões morais). Esses traços de personalidade, por sua vez, prognosticavam uma maior probabilidade de comportamento de risco aos 21 anos: dependência de álcool, crimes violentos, sexo inseguro e condução perigosa de veículos (Caspi et al., 1997).

Algumas pesquisas (introduzidas no Capítulo 3) concentraram-se em um aspecto do temperamento chamado *inibição ao desconhecido*, o que está relacionado com o grau de sociabilidade de uma criança com estranhos e com que ousadia ou cautela a criança

aborda objetos e situações desconhecidas. Essa característica parece ter base genética e está associada a diferenças nas características físicas e no funcionamento cerebral. Crianças de 4 meses que são altamente responsivas - ou seja, que demonstram muita atividade motora e aflição, ou que se irritam ou choram imediatamente em resposta a novos estímulos - tendem a demonstrar o padrão de inibição aos 14 e 21 meses. Bebês altamente inibidos ou desinibidos parecem manter esses padrões em certa medida durante a infância e a adolescência (Kagan, 1997; Kagan e Snidman, 1991a, 1991b).

Entretanto, a experiência pode moderar essas tendências iniciais. Em um estudo longitudinal com 193 bebês brancos de classe média, somente 25% daqueles considerados altamente responsivos eram notavelmente retraídos e tímidos aos 4 anos e 6 meses, e um percentual semelhante de bebês pouco responsivos eram espontâneos e sociáveis aos 4 anos e 6 meses. Quase 70% da amostra não eram nem extremamente inibidos nem extremamente desinibidos. Além disso, menos de 5% mudaram de um tipo de temperamento para outro (Kagan, Snidman e Arcus, 1998).

Em outro estudo longitudinal, primogênitos do sexo masculino que eram inclinados a ser temerosos e tímidos tinham maior probabilidade de continuar assim aos 3 anos se os pais fossem muito receptivos às reações da criança. Se os pais encorajavam os filhos a se aventurar em novas situações, os meninos tendiam a se tornar menos inibidos. Essa pesquisa sugere que os pais não precisam apenas aceitar passivamente o temperamento de uma criança; às vezes, sendo menos "sensíveis" e mais "intrusivos", podem ajudar a criança a superar tendências que dificultarão seus relacionamentos na vida (Park, Belsky, Putnam e Crnic, 1997).

Diferenças Interculturais

Estudos constataram diferenças étnicas no temperamento. Quando o nariz de um recém-nascido norte-americano branco é brevemente pressionado com um pano, o bebê normalmente se vira ou bate no pano. Bebês norte-americanos chineses apresentam maior tendência de abrir a boca imediatamente para recuperar a respiração, sem opor resistência (Freedman e Freedman, 1969).

O comportamento inibido também varia entre as culturas. Bebês norte-americanos de 4 meses reagem com mais vigor do que bebês irlandeses de mesma idade a estímulos visuais, sonoros e olfativos intensos - chorando, inquietando-se, arqueando as costas e de outras formas demonstrando irritabilidade - e bebês irlandeses reagem com mais vigor do que bebês chineses (Kagan et al., 1994). Essas diferenças de temperamento tendem a predizer o quão receosos ou sociáveis serão os bebês quando se tornarem crianças (Kagan e Snidman, 1991a, 1991b).

Essas descobertas refletem variações genéticas entre as culturas? Não sabemos. O temperamento pode ser afetado pela experiência pré-natal ou, em bebês com mais idade, pelas práticas educativas culturalmente influenciadas. Por exemplo, bebês nascidos na Malásia, arquipélago situado no sudeste asiático, tendem a ser menos adaptáveis, mais cautelosos com novas experiências e mais prontamente responsivos a estímulos do que bebês norte-americanos. Talvez isso se deva ao fato de que os pais malasianos não expõem os filhos pequenos a situações que exigem adaptabilidade e encorajam os filhos a perceberem suas próprias sensações, principalmente as de desconforto, como da necessidade de mudar de fraldas (Banks, 1989).

Em um estudo transcultural com crianças chinesas e canadenses de 2 anos de idade, as mães canadenses de crianças inibidas tendiam a ser punitivas ou superprotetoras, ao passo que as mães chinesas dessa amostra eram afetuosas e acolhedoras e encorajavam os filhos em suas ações. As crianças chinesas eram significativamente mais inibidas do que as canadenses, mas, por tratar-se de um estudo correlacional, não sabemos se o temperamento das crianças era consequência ou causa do tratamento dispensado pelas mães ou, quem sabe, um efeito bidirecional. Em países ocidentais, como o Canadá, crianças tímidas, inibidas, tendem a ser vistas como incompetentes, imaturas e incapazes de grandes realizações. Suas mães podem demonstrar desapontamento ao rejeitarem-nas emocionalmente ou pensar que elas precisam de orientação e proteção especial. Na China, a timidez e a inibição são socialmente aprovadas. O princípio confuciano de devoção filial enfatiza a

Pense sobre isso...

- Nos Estados Unidos, muitas pessoas consideram a timidez algo indesejável. Como os pais devem lidar com uma criança tímida? Você acha que é melhor aceitar o temperamento da criança ou tentar mudá-lo?

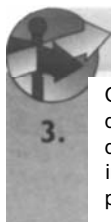
VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Listar e descrever nove aspectos e três padrões de temperamento identificados pelo Estudo Longitudinal de Nova York?
- ✓ Discutir os indícios de estabilidade do temperamento e explicar a importância do "grau de harmonia?"

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Fornecer evidências de diferenças culturais no temperamento e discutir modos de interpretá-las?

**Indicador**

3. Que papel mães e pai desempenham no desenvolvimento inicial da personalidade?

obediência aos pais; uma criança tímida é considerada bem-comportada e tende a receber aprovação dos adultos. Assim, uma criança chinesa naturalmente inibida pode ser menos motivada a sair de sua concha do que uma criança canadense (Chen et al., 1998).

Primeiras Experiências Sociais: o Bebê na Família

No passado, a pesquisa sobre desenvolvimento psicossocial do bebê concentrou-se quase exclusivamente em mães e bebês, mas atualmente os pesquisadores estão estudando os relacionamentos entre bebês e seus pais, irmãos e outros cuidadores, bem como as características da família como um todo. Qual a idade dos pais? Eles são saudáveis? Qual é sua situação financeira? Quantas pessoas vivem em casa? Os pais agem de maneira diferente quando um deles está a sós com o bebê e quando estão os três juntos? De que forma a qualidade do relacionamento conjugal afeta o relacionamento que cada cônjuge tem com o bebê? De que modo viver em um lar com apenas um dos pais, com outra família ou com avós e outros parentes influencia o desenvolvimento de um bebê? Existem irmãos mais velhos? Como eles reagem ao novo irmão? Observando a família como uma unidade em funcionamento, obtemos um quadro mais amplo da rede de relacionamentos entre todos os seus integrantes.

As práticas educativas e os padrões de interação social variam muito em todo o mundo. Por exemplo, os bebês do povo Efe no país africano do Zaire geralmente recebem cuidados de cinco ou mais pessoas em um determinado horário e são rotineiramente alimentadas ao seio por outras mulheres além de suas mães, ainda que a mãe seja o principal cuidador. Aos 3 anos, elas passam cerca de 70% de seu tempo com outras pessoas que não a mãe (Tronick, Morelli e Ivey, 1992). Ao contrário dos bebês norte-americanos, que passam mais tempo sozinhos ou com apenas um ou dois membros da família e podem aprender a se divertir mais cedo do que os bebês Efe, os Efe podem aprender a ser mais sociáveis em idade mais precoce.

O papel do pai é reconhecido em todas as culturas, mas ele pode ser assumido ou dividido com outra pessoa que não o pai biológico: um tio por parte de mãe, como em Botswana (onde as jovens mães permanecem com sua própria família de infância até que seus parceiros cheguem aos 40 anos), ou um avô, como no Vietnã (Engle e Breaux, 1998; Richardson, 1995; Townsend, em fase de elaboração). Às vezes, o pai sequer está presente; 32% das famílias nos Estados Unidos são chefiadas por mulheres (em sua maioria solteiras), e percentuais ainda mais altos são relatados na Noruega e em alguns países africanos e caribenhos. Essa é uma tendência crescente nos países em desenvolvimento, que reflete a urbanização, o ingresso das mulheres nos postos de trabalho e o declínio da participação masculina neles (Engle e Breaux, 1998).

Pesquisas etnográficas clássicas de Robert LeVine (1974, 1989, 1994) entre os Gusi na região oeste do Quênia destacaram diferenças nos comportamentos de criação dos filhos em sociedades pré-industriais e industriais. Como a mortalidade infantil nas sociedades pré-industriais é alta, os pais tendem a manter-se próximos de seus bebês, reagir rapidamente quando eles choram e alimentá-los sob demanda. Os pais urbanos-industriais, para ajudar os filhos a adquirir habilidades cognitivas que os prepararão para ter bom êxito em um mercado competitivo - enfatizam a estimulação sensorial, a interação social e as trocas vocais com seus bebês.

Já uma observação naturalística dos caçadores-coletores Aka e dos agricultores Ngandu na África Central constatou estilos de criação distintivos nesses dois tipos de sociedades pré-industriais pequenas (Hewlett, Lamb, Shannon, Leyendecker e Schölmerich, 1998). Os Aka movimentam-se com frequência em pequenos grupos muito unidos que se caracterizam por extensa cooperação, partilha e preocupação com o perigo. Os pais Aka seguram seus filhos quase o tempo todo, os amamentam com frequência e reagem com prontidão aos sinais de aflição. Os Ngandu, que tendem a viver mais separados e ficar em um lugar por longos períodos de tempo, são mais propensos a deixar os bebês sozinhos e deixá-los protestar ou chorar, sorrir, vocalizar ou brincar.

Não podemos esquecer, portanto, que os padrões de desenvolvimento psicológico que julgamos naturais podem ter uma base cultural. Com essa advertência em mente, examinemos primeiramente os papéis da mãe e do pai: como cuidam e brin-

cam com seus bebês e como sua influência começa a formar as diferenças de personalidade entre meninos e meninas. Posteriormente neste capítulo, examinaremos com mais profundidade os relacionamentos com os pais e a influência dos irmãos. No Capítulo 16, examinaremos a influência dos avós.

O Papel da Mãe

Em uma série de experimentos pioneiros de Harry Harlow e colaboradores, macacos *rhesus* foram separados de suas mães de 6 a 12 horas após o nascimento e criados em laboratório. Os filhotes foram colocados em jaulas com um de dois tipos de "mães" substitutas: uma estrutura cilíndrica simples feita de arame ou uma estrutura coberta de tecido atalhado. Alguns macacos foram alimentados com mamadeiras ligadas à "mãe" de arame; outros foram "amamentados" pelos bonecos de tecido, quentes e aconchegantes. Quando podiam escolher entre ficar com qualquer um dos dois tipos de "mães", todos os macacos passavam mais tempo agarrados às substitutas de tecido, mesmo que estivessem sendo alimentados pelas estruturas de arame. Em uma sala desconhecida, os filhotes "criados" pelas substitutas de tecido demonstraram maior interesse natural em explorar o ambiente do que os "criados" pelas substitutas de arame - mesmo quando as "mães" apropriadas estavam presentes.

Os macacos também pareciam lembrar-se melhor das substitutas de tecido. Após um ano de separação, os macacos "criados" por substitutas de tecido corriam avidamente para abraçar estruturas de tecido, ao passo que os macacos criados por substitutas de arame não demonstraram interesse por estruturas de arame (Harlow e Zimmerman, 1959). Entretanto, nenhum dos macacos em qualquer um dos grupos cresceu normalmente (Harlow e Harlow, 1962), e nenhum deles foi capaz de criar sua própria prole (Suomi e Harlow, 1972).

Não é de surpreender que um boneco de pano não proporcione o mesmo tipo de estimulação e oportunidades de desenvolvimento que uma mãe viva. Esses experimentos demonstram que a alimentação *não* é a coisa mais importante que os bebês recebem das mães. Ser mãe inclui o conforto do contato físico íntimo e, nos macacos, a satisfação da necessidade inata de agarrar-se. Os bebês humanos também têm necessidades que precisam ser satisfeitas para que possam crescer normalmente, como demonstra a pesquisa sobre crianças criadas em orfanatos romenos (discutida no Capítulo 4). Uma tarefa importante da pesquisa sobre desenvolvimento é descobrir que necessidades são essas.

Como e quando se forma essa intimidade especial entre as mães e seus bebês? Em outro estudo clássico, Konrad Lorenz (1957) imitou o andar gíngado dos patos, grasnou e bateu os braços, conseguindo assim fazer com que patinhos recém-nascidos o seguissem da mesma maneira como fariam com a mãe. Lorenz demonstrou que aves recém-nascidas seguem o primeiro objeto em movimento que vêem, seja ele ou não um membro de sua própria espécie. Esse fenômeno é chamado de *imprinting*, e Lorenz acreditava que ele é automático e irreversível. Geralmente, a primeira ligação estabelece-se com a mãe, mas caso o curso natural dos acontecimentos seja perturbado, podem-se formar outras ligações (como a que ocorreu com Lorenz) - ou absolutamente nenhuma. O *imprinting*, disse Lorenz, é resultado de uma *predisposição para a aprendizagem*: a prontidão do sistema nervoso de um organismo para adquirir determinadas informações durante um período crítico breve após o nascimento.



Em uma série de experimentos clássicos, Harry Harlow e Margaret Harlow demonstraram que o alimento não é a coisa mais importante para os bebês. Quando filhotes de macacos *rhesus* podiam optar entre uma "mãe" substituta feita de arame e outra feita de tecido macio e aconchegante, passavam mais tempo agarrados à mãe de tecido, mesmo que estivessem sendo alimentados por mamadeiras ligadas à mãe de arame.

imprinting

Forma instintiva de aprendizagem em que, durante um período crítico do desenvolvimento inicial, um animal estabelece apego ao primeiro objeto em movimento que vê, geralmente a mãe.

laço mãe-bebê

Ligação íntima de afeto entre a mãe e o recém-nascido.



Pintos recém-nascidos seguem e se apegam ao primeiro objeto em movimento que vêem. O etologista Konrad Lorenz, que fez com que patinhos recém-nascidos o "amassem como a uma mãe", chamou esse comportamento de *imprinting*.



Conversando com esse menino de 2 anos na biblioteca e lendo para ele com frequência e carinho, esse pai está estimulando o desenvolvimento cognitivo do filho.

Algo semelhante ao *imprinting* ocorre entre os seres humanos e suas mães? Existe um período crítico para a formação de laços?

Em 1976, dois pesquisadores sugeriram que, se a mãe e o bebê separam-se durante as primeiras horas após o nascimento, o **laço mãe-bebê** - a ligação íntima de afeto entre a mãe e seu filho - pode não se desenvolver normalmente (Klaus e Kennell, 1976). Contudo, pesquisas posteriores não confirmaram um período crítico para formação de laços (Chess e Thomas, 1982; Lamb, 1982a, 1982b). Os defensores originais dessa ideia posteriormente mudaram de opinião, dizendo que o contato imediatamente após o nascimento *não é* essencial para uma ligação forte entre mãe e filho (Klaus e Kennell, 1982). Isso alivia a preocupação e a culpa, às vezes, sentida por pais adotivos e por pais que foram separados de seus bebês após o nascimento. (Posteriormente neste capítulo, discutiremos o *apego*, um vínculo que se desenvolve mais tarde na primeira infância e possui grande significado emocional para o bebê.)

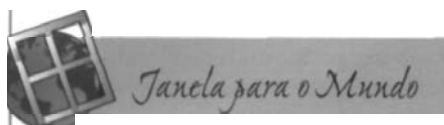
O Papel do Pai

O papel do pai, assim como o da mãe, envolve comprometimento emocional e, com frequência, envolvimento direto no cuidado e na educação dos filhos (Engle e Breaux, 1998). Muitos pais formam laços íntimos com seus filhos logo após o nascimento. Os pais que acompanharam o nascimento de um filho, muitas vezes, vêem o evento como uma "experiência emocional culminante" (May e Perrin, 1985), mas um homem pode tornar-se emocionalmente ligado ao recém-nascido tendo ou não acompanhado o parto (Palkovitz, 1985).

Ainda assim, na maioria das culturas, as mulheres são as principais responsáveis pelos filhos (Harkness e Super, 1995). Embora os papéis dos pais variem muito (ver Quadro 6-1), a maioria dos pais envolve-se muito menos na vida diária de seus filhos do que as mães (Engle e Breaux, 1998). Em famílias de classe média brancas e afro-americanas e na Jamaica, os pais brincam com seus bebês tanto quanto as mães, mas passam menos tempo os alimentando e banhando (Bailey, 1994; Broude, 1995; Hossain e Roopnarine, 1994; Roopnarine, Brown, Snell-White e Riegraft, 1995). Mesmo as mães que trabalham em tempo integral passam mais tempo cuidando de seus bebês do que os pais (Bailey, 1994).

Nos Estados Unidos, os pais tendem a brincar de maneira mais bruta, jogando os bebês para o alto e lutando ou "boxeando" com bebês do sexo masculino, ao passo que as mães geralmente brincam de maneira mais delicada, cantam e lêem para os filhos (Kelley, Smith, Green, Berndt e Rogers, 1998; Parke e Tinsley, 1981; Yogan, 1984). Entretanto, o estilo mais físico de brincar não é típico dos pais em todas as culturas. Os pais suecos e alemães geralmente não costumam brincar com os bebês dessa maneira (Lamb, Frodi, Frodi e Hwang, 1982; Parke, Grossman e Tinsley, 1981). Pais africanos Aka (Hewlitt, 1987) e os de Nova Deli, Índia, também tendem a brincar delicadamente com crianças pequenas (Roopnarine, Hooper, Ahmeduzzaman e Pollack, 1993; Roopnarine, Talokder, Jain, Josh e Srivastav, 1992). Essas variações transculturais sugerem que brincar de maneira mais bruta *não* depende da biologia masculina, sendo, em vez disso, algo culturalmente influenciado.

A pesquisa descobriu existir uma relação entre o envolvimento íntimo do pai com seu bebê e o desenvolvimento cognitivo do bebê (Easterbrooks e Goldberg, 1984; Nugent, 1991). Em um estudo por observação com 54 crianças afro-americanas de 1 a 3 anos, aquelas cujos pais demonstraram sensibilidade ao brincar livremente (por exemplo, permitindo à criança determinar o ritmo e controlar a escolha de atividades) tendiam a ter melhores habilidades de auto-ajuda e motoras do que as outras crianças. As crianças cujos pais valorizavam o rigor e a obediência tendiam a ter



Quadro 6-1

Paternidade em Três Culturas

A paternidade varia de significado nas diferentes culturas. Em algumas, os pais envolvem-se mais nas vidas de seus filhos - em termos econômicos, emocionais e no tempo que passam com eles - do que em outras. Em muitas partes do mundo, o significado de ser pai mudou - e está mudando (Engle e Breau, 1998*).

Urbanização na África Ocidental e no Interior da Mongólia
Na República dos Camarões e em outras zonas rurais do oeste da África (Nsamenang, 1987, 1992a, 1992b), os homens têm mais de uma esposa, e as crianças crescem em grandes famílias ligadas a clãs baseados em relações de parentesco. Embora garantam a perpetuação da linhagem familiar de um homem, os filhos pertencem ao grupo de parentesco, e não apenas aos pais. Após o desmame, as crianças podem ser cuidadas por várias pessoas ou até serem dadas para serem criadas por outros membros do grupo.

O pai tem uma posição dominante na família e determina a ligação dos filhos com o clã. A mãe é literalmente o arrimo da família, responsável pela provisão de comida às crianças, mas o pai controla suas esposas e os ganhos delas; e as esposas competem pela estima de seus maridos. Os pais basicamente disciplinam e orientam. Eles têm pouco contato com os bebês, mas servem de guia, de companheiros e de modelos para crianças mais velhas.

Com a chegada da urbanização e dos valores ocidentais, esses padrões tradicionais estão sendo rompidos. Muitos homens estão perseguindo metas financeiras e quase não ficam com os filhos. Com o desaparecimento dos costumes populares tradicionais, os homens não sabem mais serem pais. Eles não sabem mais contar lendas populares às crianças em volta do fogo, nem ensinar aos filhos um trabalho.

Igualmente entre os huhot do interior da Mongólia, os pais tradicionalmente são responsáveis pela disciplina e as mães pela alimentação, mas os pais também ajudam economicamente (Jankowiak, 1992). As crianças possuem forte ligação com as mães, que vivem nos lares das sogras e não têm poder econômico. Os pais são severos e distantes, e os filhos os respeitam e temem. Os homens quase nunca seguem

ram os bebês; acredita-se que são incapazes disso. Os pais interagem mais com as crianças pequenas, mas desempenham a tarefa de cuidar delas com relutância e somente quando a mãe está ausente.

Nesse caso, assim como na República dos Camarões, a urbanização está mudando esses costumes - só que no sentido inverso. As famílias agora vivem em moradias muito pequenas, e as mulheres trabalham fora de casa. Os pais, especialmente os que possuem nível universitário, hoje buscam manter relações mais íntimas com os filhos, especialmente com filhos do sexo masculino. A política oficial de filhos únicos adotada pela China acentuou essa mudança, levando ambos os pais a se envolverem mais profundamente com seu único filho (Engle e Breau, 1998).

Os Pigmeus Aka

Os aka são caçadores-coletores das florestas tropicais da África central que se deslocam com frequência de um acampamento para outro em grupos pequenos e muito unidos, dando especial proteção às crianças pequenas. Em contraste com os pais das outras duas culturas recém-descritas, os pais aka cumprem funções de alimentação, cuidado e apoio emocional na mesma medida em que as mães. Na verdade, "os pais aka são os que mais cuidam diretamente dos filhos entre todas as sociedades conhecidas" (Hewlett, 1992, p. 169). Eles costumam segurar os filhos e os abraçam, beijam, limpam e brincam delicadamente com eles (Hewlett, 1987).

Esse comportamento se coaduna com a *teoria dos sistemas familiares*, a qual prevê que os pais estarão mais envolvidos no cuidado de crianças pequenas nas culturas em que os maridos e as esposas costumam cooperar nas tarefas de subsistência e em outras atividades (Hewlett, 1992). Entre os aka e outras sociedades em que o pai se envolve muito no cuidado dos filhos, o segredo não é apenas que ambos os pais participam dessas atividades, mas que eles as executam juntos. O papel do pai no cuidado dos filhos faz parte de seu papel na família.

*Salvo quando indicado de outra forma, este quadro baseia-se em Engle e Breau, 1998.

um desenvolvimento cognitivo e social menos adiantado. Evidentemente, também nesse aspecto as crianças influenciam os adultos a seu redor; as crianças com habilidades mais desenvolvidas podem evocar mais sensibilidade de seus pais (Kelley et al., 1998).

Como os Pais Moldam as Diferenças de Gênero

Ser do sexo masculino ou feminino influencia nossa aparência, nosso modo de movermos o corpo e nosso modo de trabalhar, brincar e vestir. Isso influencia o que pensamos a nosso próprio respeito e o que os outros pensam de nós. Todas essas características - além de outras - estão incluídas na palavra gênero: o que significa ser do sexo masculino ou feminino.

gênero

Significado de ser do sexo masculino ou feminino.

Pense sobre isso...

- "Apesar do papel cada vez mais ativo da presença do pai na criação dos filhos, a mãe sempre será mais importante para bebês e crianças pequenas do que o pai. Você concorda ou discorda disso?"
- Os pais deveriam tentar tratar bebês do sexo masculino e feminino da mesma maneira?

tipificação de gênero

Processo de socialização mediante o qual as crianças, em idade precoce, aprendem os papéis considerados adequados a seu sexo.

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Discutir as implicações da pesquisa sobre bebês de macacos "criados" por "mães" inanimadas?
- ✓ Comparar os papéis de pais e mães e descrever diferenças culturais no modo como os pais brincam com seus bebês?
- ✓ Descrever as influências de mães e pais sobre a tipificação de gênero, especialmente a partir de 1 ano de idade?

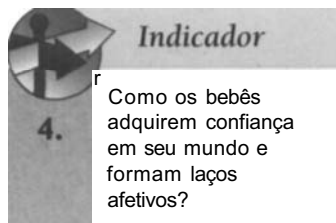
São poucas as diferenças mensuráveis entre bebês do sexo masculino e feminino. Os bebês masculinos são fisicamente mais vulneráveis do que os femininos desde a concepção. Por outro lado, os bebês masculinos são um pouco mais compridos e pesados do que os femininos e podem ser ligeiramente mais fortes. Meninos e meninas recém-nascidos reagem de maneira diferente ao estresse, possivelmente sugerindo diferenças genéticas, hormonais ou temperamentais (Davis e Emory, 1995). Uma análise de um grande número de estudos constatou que os bebês masculinos são mais ativos do que os femininos, ainda que essa diferença não esteja documentada com consistência (Eaton e Enns, 1986). Os dois sexos são igualmente sensíveis ao tato e tendem a desenvolver os dentes, sentar-se e começar a andar aproximadamente nas mesmas idades (Maccoby, 1980).

A formação das personalidades de meninos e meninas por parte de pais e mães parece iniciar-se muito cedo. Os pais, em especial, promovem a **tipificação de gênero**, processo pelo qual as crianças aprendem o comportamento que sua cultura julga apropriado para cada sexo (Bronstein, 1988). Os pais tratam meninos e meninas de maneira *mais* diferenciada do que as mães, até mesmo durante o primeiro ano (Snow, Jacklin e Maccoby, 1983). No segundo ano, os pais falam mais e passam mais tempo com os filhos do que com as filhas (Lamb, 1981). As mães conversam mais e oferecem mais apoio às filhas do que aos filhos. De modo geral, os pais são menos conversadores e apoiadores - mas também menos negativos - em seu discurso do que as mães. Essas diferenças são especialmente pronunciadas com crianças pequenas, cujas mães normalmente passam muito mais tempo com elas do que os pais (Leaper, Anderson e Sanders, 1998). Os pais de crianças pequenas brincam de maneira mais impetuosa com os filhos e demonstram mais sensibilidade pelas filhas (Kelley et al., 1998).

Observações dos lares de crianças de 12 meses, 18 meses e 5 anos constataram as maiores diferenças aos 18 meses, quando tanto pais como mães estimulavam brincadeiras tipificadas segundo o sexo. Os pais encorajavam as meninas a se comunicar, mas desencorajavam as iniciativas dos meninos de fazê-lo. Os meninos recebiam mais reações positivas por comportamento agressivo e por brincarem com "brinquedos de menino" e menos respostas positivas de seus pais (mas não de suas mães) quando brincavam com "brinquedos de menina". Quando as crianças tinham 5 anos, os pais tratavam ambos os sexos quase da mesma maneira - possivelmente porque as crianças já haviam sido tipificadas quanto ao sexo e não "precisavam" ser mais influenciadas naquela direção (Fagot e Hagan, 1991).

Discutiremos a tipificação sexual e as diferenças de gênero com maior profundidade no Capítulo 8.

Questões de Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida

**confiança básica versus desconfiança básica**

Na teoria de Erikson, é a primeira crise no desenvolvimento psicossocial, que ocorre entre o nascimento e aproximadamente aos 18 meses, em que os bebês desenvolvem o senso de confiança nas pessoas e nos objetos de seu ambiente.

Como um recém-nascido dependente, com repertório emocional limitado e necessidades físicas prementes, se transforma em uma criança de 3 anos com sentimentos complexos, força de vontade e com os primórdios de uma consciência? Grande parte desse desenvolvimento gira em torno de questões referentes ao eu em relação aos outros. Nesta seção, observaremos o desenvolvimento da confiança e do apego no primeiro ano de vida e da comunicação emocional entre bebês e cuidadores - desenvolvimentos que preparam o caminho para as questões muito diferentes dos anos seguintes. Também examinamos três fenômenos geralmente considerados comuns durante o final do primeiro ano de vida: ansiedade ante estranhos, ansiedades de separação e referencial social.

Desenvolvendo a Confiança

Por um período muito mais longo do que a prole de outros mamíferos, os bebês humanos dependem de outras pessoas para alimentação, proteção e sua própria sobrevivência. Como eles desenvolvem a confiança de que suas necessidades serão atendidas? Segundo Erikson (1950), as primeiras experiências são fundamentais.

A primeira de oito crises ou etapas críticas de desenvolvimento identificadas por Erikson (ver Tabela 2-2 no Capítulo 2) é a de **confiança básica versus desconfiança bá-**



Segundo Erikson, este recém-nascido desenvolverá confiança no mundo através do contato sensível, responsivo e consistente com a mãe.

sica. Essa etapa inicia-se no primeiro ano de vida e continua até aproximadamente 18 meses. Nesses primeiros meses, os bebês desenvolvem um sentimento do quão confiáveis são as pessoas e os objetos de seu ambiente. Eles precisam desenvolver um equilíbrio entre confiança (que lhes permite formar relacionamentos íntimos) e desconfiança (que lhes permite se proteger). Quando predomina a confiança, como deve acontecer, as crianças desenvolvem a "virtude" da *esperança*: a crença de que elas podem satisfazer suas necessidades e seus desejos (Erikson, 1982). Quando predomina a desconfiança, as crianças verão o mundo como hostil e imprevisível e terão problemas para formar relacionamentos.

O elemento crítico no desenvolvimento da confiança é o contato sensível, responsivo e consistente com o cuidador. Erikson identificava a situação de alimentação como o contexto para o estabelecimento da mistura certa de confiança e desconfiança. O bebê pode acreditar que será alimentado quando tiver fome e pode, portanto, confiar na mãe como uma representante do mundo? A confiança permite ao bebê perder a mãe de vista "porque ela se tornou uma certeza interior, bem como uma previsibilidade exterior" (Erikson, 1950, p. 247).

Desenvolvendo os Laços Afetivos

O **apego** é um vínculo emocional recíproco e duradouro entre um bebê e um cuidador, cada um deles contribuindo para a qualidade do relacionamento. O apego tem valor adaptativo para os bebês, assegurando que suas necessidades psicossociais, bem como físicas sejam atendidas. Segundo a teoria etológica (ver Capítulo 2), bebês e pais possuem uma predisposição biológica para se ligarem um ao outro. Como afirmou Mary Ainsworth (1979), pesquisadora pioneira do apego, pode ser "um elemento essencial do projeto básico da espécie humana que um bebê desenvolva apego a uma figura materna" (p. 932).

Praticamente qualquer atividade por parte do bebê que provoca uma resposta de um adulto pode ser um comportamento de busca de apego: sugar, chorar, sorrir, agarrar-se ou olhar nos olhos do cuidador. Já na oitava semana de vida, os bebês dirigem alguns desses comportamentos mais às mães do que às outras pessoas. Essas iniciativas são bem-sucedidas quando a mãe responde afetuosamente, demonstra prazer e oferece ao bebê contato físico frequente e liberdade para explorar (Ainsworth, 1969). Os comportamentos de apego variam entre as culturas. Entre os gusii, por exemplo, os bebês são cumprimentados com apertos de mão, e os bebês gusii procuram a mão dos genitores como os bebês ocidentais se preparam para um abraço (van Ijzendoorn e Sagi, 1999).

Ainsworth (1964) descreveu quatro etapas sobrepostas de comportamento de apego durante o primeiro ano:

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar a importância da crise de confiança básica *versus* desconfiança básica, de Erikson, e identificar o que ele considerava como o elemento crítico em sua resolução?

apego

Ligação recíproca e duradoura entre o bebê e o cuidador, cada um deles contribuindo para a qualidade do relacionamento.

1. Aproximadamente nos dois primeiros meses, os bebês respondem indiscriminadamente a qualquer pessoa.
2. Aproximadamente da oitava até a décima segunda semana, os bebês choram, sorriem e balbuciam mais para a mãe do que para qualquer outra pessoa, mas continuam respondendo aos outros.
3. Aos 6 ou 7 meses, os bebês apresentam um apego bem-definido à mãe. O medo de estranhos pode aparecer entre 6 e 8 meses.
4. Enquanto isso, os bebês desenvolvem apego por um ou mais membros da família, como o pai e os irmãos.

Essa seqüência pode variar nas culturas em que os bebês possuem múltiplos cuidadores desde o nascimento.

Estudando os Padrões de Apego

Ainsworth primeiramente estudou o apego no início dos anos de 1950, com John Bowlby (1951). Então, após estudar o apego entre bebês africanos em Uganda através da observação naturalística em seus lares (Ainsworth, 1967), Ainsworth mudou sua abordagem e inventou a **Situação Estranha**, técnica hoje clássica realizada em laboratório e projetada para avaliar os padrões de apego entre um bebê e um adulto. Geralmente o adulto é a mãe (embora outros adultos tenham participado também), e o bebê tem de 10 a 24 meses.

A situação estranha consiste de uma seqüência de oito episódios, o que leva menos de meia hora. Nesse período, a mãe deixa o bebê em um ambiente desconhecido duas vezes, na primeira com um estranho. Na segunda vez, ela deixa o bebê sozinho, e o estranho retorna antes da mãe. A mãe, então, encoraja o bebê a explorar e brincar outra vez e oferece conforto quando o bebê parece necessitá-lo (Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, 1978). De especial interesse é a reação do bebê a cada vez que a mãe retorna.

Quando Ainsworth e colaboradores observaram crianças de 1 ano na situação estranha e em casa, três padrões principais de apego foram constatados: **apego seguro** (a categoria mais comum, na qual se enquadram 66% dos bebês norte-americanos) e duas formas de apego ansioso ou inseguro: **apego evitativo** (20% dos bebês norte-americanos) e **apego ambivalente ou resiliente** (12%).

Bebês com apego *seguro* choram e protestam quando a mãe sai e saúdam-na alegremente quando ela retorna. Eles a utilizam como base segura, deixando-a para sair e explorar, mas ocasionalmente retornando para se tranquilizar. Geralmente são cooperativos e com pouca demonstração de raiva. Bebês com apego *evitativo* raramente choram quando a mãe sai e evitam-na quando ela retorna. Tendem a se irritar e não pedem ajuda quando precisam. Não gostam de ser tomados nos braços, mas detestam ainda mais ser largados. Bebês com apego *ambivalente (resiliente)* ficam ansiosos mesmo antes de a mãe sair e ficam muito irritados quando ela sai. Quando ela retorna, demonstram sua ambivalência buscando contato com ela, mas ao mesmo tempo resistindo com chutes e contorções. Bebês resilientes fazem poucas explorações e são difíceis de consolar. Esses três padrões de apego são universais em todas as culturas em que foram estudados - culturas tão diversas quanto as da África, China e Israel -, embora o percentual de bebês em cada categoria varie (van Ijzendoorn e Kroonenberg, 1988; van Ijzendoorn e Sagi, 1999).

Pesquisas posteriores (Main e Solomon, 1986) identificaram um quarto padrão, o **apego desorganizado-desorientado**. Bebês com o padrão desorganizado costumam apresentar comportamentos inconsistentes e contraditórios. Cumprimentam a mãe vivamente quando ela retorna, mas depois se afastam ou aproximam-se sem olhar para ela. Parecem confusos e amedrontados. Este talvez seja o padrão menos seguro. Tende a ocorrer em bebês de mães solteiras ou que são insensíveis, intrusivas ou abusivas (Carlson, 1998).

Muitas pesquisas sobre apego basearam-se na Situação Estranha, mas alguns pesquisadores questionaram sua validade. A Situação Estranha *é realmente* estranha, além de artificial. Ela estabelece uma seqüência de oito episódios breves, controlados. Pedese às mães que não iniciem a interação, expõe os bebês a repetidas idas e vindas de adul-

Situação Estranha

Técnica laboratorial utilizada para estudar o apego.

apego seguro

Padrão de apego em que o bebê chora ou protesta quando o principal cuidador ausenta-se e ativamente vai em sua busca quando ele retorna.

apego evitativo

Padrão de apego em que o bebê raramente chora quando separado do principal cuidador e evita o contato quando ele retorna.

apego ambivalente, (resiliente)

Padrão de apego em que o bebê fica ansioso antes de o principal cuidador sair, fica extremamente perturbado durante sua ausência e tanto busca quanto rejeita o contato quando ele retorna.

apego desorganizado-desorientado

Padrão de apego em que o bebê, depois de ser separado de seu principal cuidador, apresenta comportamentos contraditórios quando ele retorna.

tos e espera que os bebês prestem atenção a eles. Uma vez que o apego influencia uma gama mais ampla de comportamentos do que os presentes na Situação Estranha, alguns pesquisadores demandaram uma forma mais abrangente e sensível de medi-lo, a qual mostrasse como a mãe e o bebê interagem durante situações naturais, não-estressantes (Field, 1987).

Sugeriu-se que a Situação Estranha pode ser especialmente inadequada para estudar o apego em filhos de mães que trabalham fora de casa, pois essas crianças estão acostumadas a se separar de suas mães e à presença de outros cuidadores (Klarke-Stewart, 1989; Hoffman, 1989). Entretanto, uma comparação de 1.153 crianças de 15 meses aleatoriamente selecionadas em 10 cidades norte-americanas, que haviam recebido diferentes quantidades, tipos e diferente qualidade de assistência diurna em diversas idades, "não obtiveram evidência [...] de que a Situação Estranha era menos válida para crianças com extensa experiência em assistência diurna do que para crianças sem ela" (NICHD Early Child Care Research Network, 1997a, p. 867).

A Situação Estranha pode ser menos válida em algumas culturas não-ocidentais, as quais possuem diferentes expectativas para a interação dos bebês com as mães e nas quais elas podem encorajar diferentes tipos de comportamento relacionado ao apego. A pesquisa com bebês japoneses, que são separados de suas mães com menos frequência do que bebês norte-americanos, revelou elevadas taxas de comportamento resiliente, o que pode refletir o profundo estresse que a Situação Estranha representa para esses bebês (Miyake, Chen e Campos, 1985).

Alguns pesquisadores começaram a suplementar a Situação Estranha com métodos que permitem estudar as crianças em seus ambientes naturais. Utilizando a técnica de classificação Q, observadores classificam um conjunto de palavras ou expressões descritivas ("chora muito"; "tende a agarrar-se") em categorias que variam de mais a menos característica da criança. No Conjunto-Q de Apego de Waters e Deane (1985), avaliadores (tanto mães como outros observadores) comparam descrições do comportamento cotidiano das crianças com as descrições de peritos sobre "criança hipotética mais segura".

Em um estudo transcultural utilizando essa metodologia, mães na China, Colômbia, Alemanha, Israel, Japão, Noruega e Estados Unidos descreveram o comportamento de seus filhos como mais semelhante do que diferente ao da "criança mais segura". Além disso, as descrições das mães do comportamento de "base segura" eram mais ou menos parecidas tanto entre as culturas como dentro delas. Essas descobertas sugerem que a tendência de utilizar a mãe como base segura é universal, embora possa assumir formas variadas (Posada et al., 1995).

A Avaliação Pré-escolar de Apego (Crittenden, 1993), instrumento para medir o apego após os 20 meses de idade, leva em consideração os relacionamentos e as habilidades de comunicação mais complexos das crianças pré-escolares mais velhas. Sem dúvida, aprenderemos mais sobre apego à medida que os pesquisadores desenvolverem e utilizarem formas mais diversificadas de medi-lo.

Como se Estabelece o Apego

Tanto as mães como os bebês contribuem para a segurança do apego com suas personalidades, com seu comportamento e com seu modo de responderem um ao outro. Com base nas interações do bebê com a mãe, disse Ainsworth, o bebê constrói um "modelo viável" do que pode esperar dela. Os diversos padrões de apego emocional refletem diferentes representações cognitivas que resultam em diferentes expectativas. Enquanto a mãe continua agindo da mesma forma, o modelo sustenta-se. Se o comportamento dela muda - não apenas uma ou duas vezes, mas consistentemente - o bebê pode alterar o modelo, e a segurança do apego pode mudar.

O modelo viável de apego do bebê está relacionado com o conceito de confiança básica de Erikson. O apego seguro desenvolve-se a partir da confiança; o apego inseguro reflete desconfiança. Bebês com apego seguro aprenderam a confiar não apenas em seus cuidadores, mas em sua própria capacidade de conseguir o que precisavam.

Muitos estudos demonstram que as mães de bebês e crianças com apego seguro tendem a ser sensíveis e responsivas (Ainsworth et al., 1978; De Wolff e van Ijzendoorn, 1997; Isabella, 1993; NICHD Early Child Care Research Network, 1997a). Igualmente



Tanto Anna como Diane contribuem para o apego entre elas com seu modo de agir uma com a outra. O modo como o bebê acomoda-se ao corpo da mãe demonstra sua confiança e reforça os sentimentos de Diane por sua filha, o que ela demonstra através da sensibilidade às necessidades de Anna.

importantes são outros aspectos da maternidade, como interação mútua, estimulação, uma atitude positiva, afetividade, aceitação e apoio emocional (De Wolff e van Ijzendoorn, 1997).

Fatores contextuais podem influenciar o apego (De Wolff e van Ijzendoorn, 1997). Um deles é a atividade profissional da mãe e sua atitude com a separação que isso traz. Os bebês de mães que trabalham fora e que ficam muito nervosas por se ausentarem de casa tendem a desenvolver apegos evitativos, conforme avaliação aos 18 meses pela situação estranha (Stifter, Coulehan e Fish, 1993).

Contrariamente aos achados originais de Ainsworth, os bebês parecem desenvolver apego por ambos os pais aproximadamente ao mesmo tempo, e a segurança do apego ao pai e à mãe geralmente é muito semelhante (Fox, Kimmerly e Schafer, 1991). Entretanto, o apego seguro ao pai, às vezes, pode compensar um apego inseguro à mãe (Engle e Breau, 1998). Pais que demonstram deleite com seus bebês de 3 meses, que se consideram importantes para o desenvolvimento de seus bebês, que são sensíveis a suas necessidades e que dão alta prioridade à convivência com eles tendem a ter bebês que demonstram apego seguro com 1 ano de idade (Cox, Owen, Henderson e Margand, 1992).

A usual semelhança no tipo de apego aos dois pais sugere que o temperamento do bebê pode ser um fator importante (Fox et al., 1991). Entretanto, os pesquisadores discordam em relação ao grau de influência do temperamento e as formas em que isso ocorre (Susman-Stillman, Kalkoske, Egeland e Waldman, 1996; Vaughn et al., 1992). Alguns estudos identificaram níveis de frustração, quantidade de choro e irritabilidade como preditores do apego (Calkins e Fox, 1992; Izard, Porges, Simons, Haynes e Cohen, 1991). As diferenças temperamentais no apego podem estar subordinadas a condições neurológicas ou fisiológicas. Por exemplo, a variabilidade na frequência cardíaca está associada à irritabilidade, e a frequência cardíaca parece variar mais em bebês com apego inseguro (Izard, Porges et al., 1991). Um estudo de bebês de 6 a 12 meses e suas famílias (que utilizou observações domiciliares frequentes, relatos maternos e classificações Q, além da situação estranha) sugere que tanto a sensibilidade da mãe como o temperamento de seu bebê são importantes no estabelecimento dos padrões de apego (Seifer, Schiller, Sameroff, Resnick e Riordan, 1996).

O temperamento de um bebê pode ter não apenas impacto direto sobre o apego, como também um impacto indireto através de seus efeitos sobre os pais. Em um estudo longitudinal com 114 mães de classe média branca e seus bebês, os bebês que eram

Pense sobre isso . . .

- A descoberta de Ainsworth (1964) de que o apego à mãe se desenvolve muito antes do apego ao pai parece ser contestada por pesquisas mais recentes. Sugira possíveis motivos para a diferença constatada nos últimos estudos.

manhosos, exigentes e que se frustravam com facilidade aos 2 meses e meio de idade tendiam a apresentar apego inseguro aos 13 meses (conforme avaliação pela situação estranha). Além disso, suas mães eram mais inseguras e menos responsivas do que as mães de bebês com apego seguro. Os estados emocionais das mães e dos bebês provavelmente se reforçavam mutuamente. O comportamento inseguro dos bebês pode ter feito suas mães sentirem-se tristes, zangadas e impotentes, embora elas tendessem a não demonstrar suas emoções; a inacessibilidade emocional das mães pode ter levado os bebês a buscar atenção chorando com frequência (Izard, Haynes, Chisholm e Baak, 1991). Como em relação a outras questões relativas ao temperamento, o "grau de harmonia" entre o genitor e a criança pode ser o segredo para entender a segurança de apego.

Transmissão Intergeracional de Padrões de Apego

O modo como uma mãe recorda seu apego com os pais parece prever o modo como seus filhos serão apegados a ela. Os pais capazes de descrever com clareza, coerência e consistência suas próprias experiências com figuras de apego - quer essas experiências tenham sido favoráveis, quer tenham sido desfavoráveis, seguras ou inseguras - tendem a ter bebês que desenvolvem apego seguro a eles (Main, 1995; Main, Kaplan e Cassidy, 1985).

A **Entrevista de Apego Adulto (EAA)** (George, Kaplan e Main, 1985) é uma entrevista semi-estruturada que pede a adultos que recordem e interpretem sentimentos e experiências ligadas a seus apegos na infância. Uma análise de 18 estudos utilizando a EAA constatou que a clareza, a coerência e a consistência das respostas prediziam confiavelmente a segurança com que o(a) filho(a) do(a) próprio(a) entrevistado(a) será apegado(a) a ele(a) (van Ijzendoorn, 1995).

Ao que parece, o modo como adultos recordam as primeiras experiências com pais ou cuidadores afeta o modo como tratam seus próprios filhos. Digamos que Katya, um bebê com apego inseguro a uma mãe que a rejeita, cresce com um modelo mental viável de si mesma como indigna de amor. A menos que essa auto-imagem distorcida seja posteriormente alterada, a lembrança de Katya de seu relacionamento com a mãe pode levá-la a interpretar mal os comportamentos de apego de seu bebê e reagir inadequadamente ("Como essa criança poderia querer me amar? Como alguém poderia?"). Por sua vez, a insensibilidade de Katya aos sinais do bebê confunde-o, tornando difícil para ele formar um modelo viável de uma mãe amorosa e acolhedora e de si mesmo como digno de amor. Por outro lado, uma mãe que tinha apego seguro à sua *própria mãe*, ou que compreende por que seu apego era inseguro, pode reconhecer os comportamentos de apego do bebê com precisão, responder com encorajamento e ajudar o bebê a desenvolver um apego seguro a ela (Bretherton, 1990).

O modelo viável que a mãe traz de sua infância pode influenciar seu relacionamento com seu próprio filho muito depois do primeiro ano de vida. As mães com modelos viáveis seguros (conforme medição pelo EAA) tendem a ter filhos com apego seguro nos primeiros anos de vida e em idade pré-escolar (conforme medição pela classificação Q de apego) e a demonstrar mais sensibilidade na interação com eles do que demonstram as mães inseguras (Eiden, Teti e Corns, 1995). Essa linha de pesquisa mostra-se promissora para a identificação de futuros pais em risco de desenvolverem padrões de apego não-saudáveis com seus filhos.

Ansiedade Ante Estranhos e Ansiedade de Separação

Sophie era um bebê sociável, sorrindo para estranhos e aproximando-se deles, continuando a arrulhar alegremente enquanto houvesse alguém - qualquer pessoa - por perto. Agora, aos 8 meses, ela se vira quando uma nova pessoa aproxima-se e grita quando os pais tentam deixá-la com a babá. Sophie está sentindo **ansiedade ante estranhos**, cautela com uma pessoa que não conhece, e **ansiedade de separação**, angústia quando um cuidador familiar a deixa.

A ansiedade de separação e a ansiedade ante estranhos costumavam ser consideradas marcas emocionais e cognitivos da segunda metade do primeiro ano de vida, refletindo o apego à mãe. Novas pesquisas, entretanto, sugerem que, embora a ansiedade ante estranhos e a ansiedade de separação sejam muito comuns, não são universais.

Entrevista de Apego Adulto (EAA)

Instrumento para medir a clareza, a coerência e a consistência das lembranças de apego de um adulto a seus pais.

ansiedade ante estranhos

Cautela com pessoas e lugares estranhos demonstrada por alguns bebês durante a segunda metade do primeiro ano.

ansiedade de separação,

Angústia demonstrada por um bebê quando um cuidador o deixa.



Sentar-se no colo do Papai Noel não é uma experiência muito agradável para esse bebê, que pode estar demonstrando ansiedade ante estranhos. A cautela com pessoas e lugares desconhecidos costuma ocorrer durante a segunda metade do primeiro ano de vida.

O fato de um bebê chorar quando um dos pais sai ou quando alguém novo aproxima-se pode dizer mais sobre o temperamento ou sobre as circunstâncias de vida de um bebê do que sobre a segurança do apego (Davidson e Fox, 1989).

Os bebês raramente reagem negativamente a estranhos antes dos 6 meses, costumam reagir assim aos 8 ou 9 meses e o fazem cada vez mais durante o resto do primeiro ano (Sroufe, 1997). Entretanto, mesmo assim, o bebê pode reagir positivamente a uma nova pessoa, sobretudo se a mãe falar positivamente sobre o estranho (Feinman e Lewis, 1983), ou se a pessoa esperar um pouco e depois se aproximar do bebê aos poucos, com delicadeza e alegria (Sroufe, 1997).

Bebês de idades diferentes lidam com a ansiedade de forma distinta. Em um experimento de laboratório (Mangelsdorf, Shapiro e Marzolf, 1995), bebês de 6 meses tendiam a protestar e evitar o olhar de um estranho, bebês de 12 meses se acalmavam sugando o polegar, e bebês de 18 meses desviavam a atenção para outro lugar ou tentavam controlar a interação com o estranho. Existem também diferenças individuais e culturais. Bebês navajo demonstram menos medo de estranhos durante o primeiro ano de vida do que bebês não-navajos; e bebês navajo que têm muitas oportunidades de interação com outras pessoas -

que costumam ter contato com parentes ou moram perto de um centro comercial - são ainda menos cautelosos com estranhos do que outros bebês navajo (Chisholm, 1983).

A ansiedade de separação pode dever-se não só à própria separação, mas à qualidade do cuidado substituto. Quando cuidadores substitutos são calorosos e responsivos e brincam com crianças de 9 meses *antes* que elas chorem, os bebês choram menos do que quando estão com cuidadores menos responsivos (Gunnar, Larson, Hertsgaard, Harris e Brodersen, 1992).

A estabilidade do cuidado substituto também é importante. O trabalho pioneiro de René Spitz (1945, 1946) com crianças institucionalizadas enfatiza a necessidade de uma assistência o mais próxima possível à da boa mãe. A pesquisa destaca o valor da continuidade e consistência no modo de tratar as crianças, para que elas possam estabelecer laços emocionais com seus cuidadores.

Atualmente, o medo intenso de estranhos ou o protesto intenso quando a mãe sai não são considerados sinal de apego seguro. Os pesquisadores avaliam o apego mais pelo que acontece quando a mãe retorna do que por quantas lágrimas o bebê derrama em sua partida.

Efeitos do Apego a Longo Prazo

A teoria do apego propõe que a segurança de apego influencia a competência emocional, social e cognitiva das crianças (van Ijzendoorn e Sagi, 1997). A pesquisa tende a confirmar isso. Quanto mais seguro é o apego da criança a um cuidador, mais fácil parece ser para a criança posteriormente tornar-se independente daquele adulto e desenvolver boas relações com os outros. O relacionamento entre o apego no primeiro ano de vida e as características observadas anos depois ressaltam a continuidade do desenvolvimento e o inter-relacionamento dos diversos aspectos do desenvolvimento.

Crianças com apego seguro são mais sociáveis com seus pares e com adultos desconhecidos do que crianças com apego inseguro (Elicker, Englund e Sroufe, 1992; Main, 1983). Dos 18 aos 24 meses, têm mais interações positivas com os pares, e suas iniciativas amistosas tendem a ser mais aceitas (Fagot, 1997). Dos 3 aos 5 anos, crianças com

apego seguro são mais curiosas, competentes, empáticas, resilientes e autoconfiantes, relacionam-se melhor com outras crianças e têm mais chances de formar amizades íntimas (Arend, Gove e Sroufe, 1979; Elicker et al., 1992; Jacobson e Wille, 1986; Waters, Wippman e Sroufe, 1979; Youngblade e Belsky, 1992). Interação mais positivamente com pais, professores da pré-escola e pares e são mais capazes de resolver conflitos (Elicker et al., 1992). Também são mais independentes, procurando auxílio dos professores somente quando o necessitam (Sroufe, Fox e Pancake, 1983). Na pré-escola, tendem a ter uma imagem mais positiva de si mesmas (Elicker et al., 1992; Verschueren, Marcoen e Schoefs, 1996).

Essas vantagens continuam na terceira infância e na adolescência (Sroufe, Carlson e Shulman, 1993). Quando crianças de 10 e 11 anos foram observadas em um acampamento de verão, as que tinham histórico de apego seguro tinham mais facilidade para fazer amigos e funcionar em grupo do que as que tinham sido classificadas como evitativas ou resilientes. Também eram mais independentes, autoconfiantes e adaptáveis e tinham melhor coordenação motora. Em um grupo de adolescentes de 15 anos que saíram para acampar juntos, aqueles que demonstraram apego seguro quando bebês foram considerados emocionalmente mais saudáveis e com melhor auto-estima, resiliência do ego e competência com os pares por seus orientadores e pares e por pesquisadores que os observaram.

Se, com base em suas primeiras experiências, as crianças têm expectativas positivas em relação à sua capacidade de se relacionar com os outros e envolver-se em trocas sociais, além de uma boa opinião sobre si mesmas, podem estabelecer situações sociais que tendem a reforçar essas crenças e as interações gratificantes que delas resultam (Elicker et al., 1992; Sroufe et al., 1993). E se, quando bebês, as crianças tiveram uma base segura e puderam contar com a responsividade de seus pais ou cuidadores, tendem a ter confiança suficiente para se envolverem ativamente em seu mundo. Em um estudo, crianças com modelos de funcionamentos de apego seguro aos 7 anos foram classificadas por professores aos 9, 12 e 15 anos como mais atentas e participativas, como possuidoras de notas mais altas e como mais seguras a seu próprio respeito do que crianças que possuíam modelos de funcionamento de apego inseguro (Jacobsen e Hofmann, 1997).

Inversamente, crianças com apego inseguro, muitas vezes, apresentam problemas posteriores: inibições aos 2 anos, hostilidade para com outras crianças aos 5 anos e dependência durante os anos escolares (Calkins e Fox, 1992; Lyons-Ruth, Alpern e Repacholi, 1993; Sroufe et al., 1993). Aquelas com apego desorganizado tendem a ter problemas de comportamento em todos os níveis escolares e transtornos psíquicos aos 17 anos (Carlson, 1998). Entretanto, é possível que as correlações entre o apego no primeiro ano de vida e o desenvolvimento posterior sejam oriundas não do apego em si, mas das características de personalidade que afetam tanto o apego como as interações entre pais e filhos *depois* do primeiro ano de vida (Lamb, 1987).

Comunicação Emocional com Cuidadores: Regulação Mútua

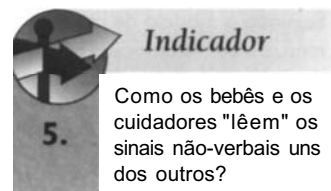
A interação entre bebê e cuidador que influencia a qualidade do apego depende do quanto ambos são capazes de responder adequadamente aos sinais dos estados emocionais um do outro. Esse processo é denominado **regulação mútua**. Os bebês assumem um papel ativo nesse processo de regulação. Mais do que receptores passivos das ações dos cuidadores, os bebês influenciam ativamente como os cuidadores agem em relação a eles.

Ocorre interação saudável quando um cuidador interpreta os sinais do bebê de maneira correta e responde adequadamente. Quando os objetivos de um bebê são atendidos, o bebê fica feliz ou ao menos interessado (Tronick, 1989). Se o cuidador ignora um convite para brincar, ou insiste em brincar quando o bebê já sinalizou que "não está com vontade", o bebê pode sentir-se frustrado ou triste. Quando os bebês não alcançam os resultados desejados, continuam enviando sinais para corrigir a interação. Normalmente a interação oscila entre estados bem e mal-regulados e, a partir dessas variações, os bebês aprendem a enviar sinais e o que fazer quando seus sinais iniciais não resultam em um equilíbrio emocional confortável.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever quatro padrões de apego?
- ✓ Discutir como se forma o apego, incluindo os papéis da mãe e do pai e do temperamento do bebê?
- ✓ Discutir os fatores que afetam a ansiedade ante estranhos e a ansiedade de separação?
- ✓ Descrever as diferenças comportamentais a longo prazo influenciadas por padrões de apego?



regulação mútua

Processo pelo qual o bebê e os cuidadores comunicam estados emocionais um ao outro e respondem adequadamente.

paradigma do "rosto sem expressão"

Método de pesquisa utilizado para medir a regulação mútua em bebês de 2 a 9 meses.

Pense sobre isso . . .

- Considerando a discussão sobre ética na pesquisa apresentada no Capítulo 2, você identifica algum problema ético com o paradigma do rosto sem expressão. Existem problemas comparáveis com a Situação Estranha? Você acha que os benefícios oriundos desses tipos de pesquisa compensam seus riscos?

Os relacionamentos com pais e outros cuidadores ajudam os bebês a aprender a interpretar o comportamento dos outros e desenvolver expectativas sobre isso. Até bebês muito novos são capazes de perceber as emoções expressadas pelos outros e conseguem adaptar seu próprio comportamento em conformidade com isso (Lelwica e Haviland, 1983; Termine e Izard, 1988).

O **paradigma do "rosto sem expressão"** é um método de pesquisa utilizado para medir a regulação mútua em bebês de 2 a 9 meses de idade. No episódio do *rosto sem expressão*, o qual ocorre após uma interação normal face a face, a mãe, de repente, fica com o rosto sem expressão, quieta e sem reação. Alguns minutos depois, retoma a interação normal (o episódio de *reunião*). Durante o episódio do rosto sem expressão, os bebês tendem a parar de sorrir e olhar para a mãe. Fazem caretas, sons ou gestos ou podem tocar a si mesmos, suas roupas ou uma cadeira, aparentemente para se consolarem ou para aliviar o estresse emocional criado pelo comportamento inesperado da mãe (Cohn e Tronick, 1983; Tronick, 1980; 1989; Weinberg e Tronick, 1996).

Como os bebês reagem durante o episódio de reunião? Um estudo combinou uma microanálise das expressões faciais de bebês de 6 meses de idade durante esse episódio com medidas da frequência cardíaca e da reatividade do sistema nervoso. As reações dos bebês foram mistas. Por um lado, eles demonstraram comportamento ainda mais positivo - expressões e manifestações de alegria e olhares e gestos dirigidos à mãe - do que antes do episódio do rosto sem expressão. Por outro lado, a persistência de expressões faciais de tristeza ou raiva, gestos de "pegue-me", distanciamento e indicações de estresse, bem como uma maior tendência a protestar e chorar, sugeriam que, embora os bebês acolhessem a retomada da interação com a mãe com alegria, os sentimentos negativos despertados pelo episódio do rosto sem expressão não são facilmente aplacados. Essas reações complexas indicam como deve ser difícil para os bebês lidar com a reparação de uma interação desnivelada, como com uma mãe deprimida (Weinberg e Tronick, 1996; ver Quadro 6-2).

Diferenças de gênero na regulação mútua foram constatadas já aos 6 meses de idade. Em uma observação de laboratório utilizando o paradigma do rosto sem expressão, meninos de 6 meses pareciam ter mais dificuldade para regular suas próprias emoções. Demonstravam suas necessidades às mães através de uma variedade mais ampla de comportamento expressivo - tanto positivo como negativo - do que os bebês do sexo feminino. Na interação normal face a face, mães e meninos mantinham melhor coordenação de sinais emocionais do que mães e meninas, mas também levavam mais tempo para reparar desníveis (Weinberg, Tronick, Cohn e Olson, 1999).

Segundo o modelo de regulação mútua, a bem-humorada tentativa deste bebê de "alimentar" sua mãe é mais do que apenas uma brincadeira; é uma forma de estabelecer uma interação entre eles. Quando a mãe interpreta os comportamentos de seu bebê de maneira correta e responde de maneira adequada, ela o ajuda a aprender a enviar e receber sinais.





Quadro 6-2

Como a Depressão da Mãe Afeta seu Bebê?

Entender os sinais emocionais permite às mães avaliar e atender as necessidades dos bebês e permite aos bebês influenciar ou responder ao comportamento das mães em relação a eles. O que acontece, então, se esse sistema de comunicação entra em colapso? O que pode ser feito a esse respeito?

A depressão temporária pós-parto, que afeta de 10 a 40% das novas mães (Kendall-Tackett, 1997), pode ter pouco ou nenhum impacto sobre o modo como a mãe interage com seu bebê, mas a depressão profunda ou crônica com seis meses de duração ou mais (a qual é muito menos comum) pode ter efeitos graves (Campbell, Cohn e Meyers, 1995; Teti, Gelfand, Messinger e Isabella, 1995). Bebês de mães deprimidas podem desistir de enviar sinais emocionais e tentar se consolar mamando ou se embalando. Se essa reação defensiva se tornar habitual, os bebês aprendem que não são capazes de obter respostas das outras pessoas, que suas mães não são confiáveis e que o mundo não é digno de confiança. Também tendem a ficar deprimidos (Gelfand e Teti, 1995; Teti et al., 1995).

Os bebês ficam deprimidos através de uma falha na regulação mútua com uma mãe deprimida, que não responde? Ou herdam uma predisposição para a depressão ou adquirem-na no período pré-natal pela exposição a influências hormonais ou fisiológicas de outro tipo? Não há evidências conclusivas (Field, 1995). Recém-nascidos de mães com sintomas depressivos são menos expressivos, menos ativos e robustos, mais excitáveis e menos orientados a estímulos sensoriais do que outros recém-nascidos. Isso pareceria indicar uma tendência inata, mas é possível que, mesmo pouco depois do nascimento, as interações negativas com uma mãe deprimida tenham deixado suas marcas (Lundy, Field e Pickens, 1996). É possível que uma combinação de fatores genéticos, pré-natais e ambientais - como desnutrição, exposição pré-natal à cocaína, nascimento prematuro e ausência de um pai ou avó que pudesse assumir algumas das responsabilidades de uma mãe deprimida - coloque os filhos de mães deprimidas em risco de tornarem-se deprimidos (Field, 1995).

Sabemos que os bebês de mães deprimidas tendem a apresentar padrões incomuns de atividade cerebral, semelhantes aos das próprias mães, embora o vínculo entre esses padrões e o comportamento dos bebês não tenha sido estabelecido. A região frontal esquerda do cérebro humano parece ser especializada para emoções de "aproximação", como alegria e raiva, ao passo que a região frontal direita controla as emoções de "retração", como aflição e repulsa. Em dois estudos, crianças com mães deprimidas demonstraram relativamente menos atividade na região frontal esquerda do que crianças de mães não-deprimidas, tanto quando brincavam com suas mães como quando brincavam com outro adulto familiar. Isso se aplicava tanto para bebês de mães

adolescentes, solteiras, de baixa renda, muitas das quais com abuso de substâncias e outros problemas psicológicos, como para bebês de mães adultas, casadas, de classe média, sem patologia conhecida (G. Dawson, Klinger, Panagiotides, Hill e Spieker, 1992; G. Dawson et al., 1999). Bebês de mães deprimidas apresentaram reduzida atividade na região frontal esquerda já aos 1 e 3 meses (Field, Fox, Pickens, Nawrocki e Soutollo, 1995; Jones, Field, Fox, Lundy e Davalos, 1997) e até a menos de 24 horas após o nascimento. Os recém-nascidos de mães deprimidas também pontuam menos na Escala Brazelton de Avaliação do Comportamento Neonatal e possuem tônus vagal inferior, o qual está associado à atenção e à aprendizagem. Essas descobertas sugerem que os sintomas depressivos da mãe durante a gestação podem contribuir para o funcionamento neurológico e comportamental dos recém-nascidos (N. A. Jones et al., 1998).

Tanto no primeiro ano de vida como na pré-escola, os filhos de mães com depressão severa ou crônica tendem a ter apego inseguro a elas (Gelfand e Teti, 1995; Teti et al., 1995) e parecem menos aflitos do que outros bebês quando separados de suas mães (Dawson et al., 1992). No primeiro ano de vida, apresentam maior tendência do que outros bebês a ficar sonolentos ou tensos, chorar com frequência, parecer tristes ou zangados com mais frequência e a demonstrar interesse mais raramente (T. Field, Morrow e Adelstein, 1993; Pickens e Field, 1993). São menos motivados a explorar ou examinar e manipular brinquedos e mais propensos a preferir tarefas relativamente menos desafiadoras (Hart, Field, del Valle e Pelaez-Nogueras, 19998; Reading, Harmon e Morgan, 1990).

Essas crianças tendem a ter problemas para suprimir a frustração e a tensão (Cole, Barrett e Zahn-Waxler, 1992). Crianças de 18 meses a 3 anos de idade podem responder aos sinais de retraimento emocional da mãe tentando primeiro reconquistar a atenção dela e depois, quando essas tentativas falham, afastando-se dela, tentando obter sua atenção de forma negativa (como batendo na mãe ou em um brinquedo ou jogando algo contra ela), olhando vagamente, andando pelo quarto ou simplesmente não fazendo nada (Seiner e Gelfand, 1995). Essas crianças brincam menos simbolicamente do que filhos de mães não-deprimidas. Posteriormente, tendem a crescer pouco e ter maus resultados em medidas cognitivas, sofrer acidentes e apresentar problemas de comportamento (Field et al., 1985; Gelfand e Teti, 1995; Zuckerman e Beardslee, 1987).

Visitantes domésticos profissionais ou semiprofissionais ajudam as mães deprimidas colocando-as em contato com os recursos da comunidade, como grupos de pais e mães, e exemplificando e reforçando interações positivas. Interações com um adulto não-deprimido - o pai ou uma funcionária da creche - pode ajudar os bebês a compensar os efeitos da maternagem deprimida (Field, 1995).



Aperfeiçoando o Conhecimento

- Continuação

As técnicas que podem ajudar a melhorar o humor de uma mãe deprimida incluem apreciação de música, imagens visuais, ginástica aeróbica, ioga, relaxamento e massagem terapêutica (Field, 1995). As massagens também podem ajudar bebês deprimidos. Entre bebês de 1 a 3 meses cujas mães são adolescentes, solteiras e deprimidas, os que receberam seis semanas de tratamento com massagem de 15 minutos duas vezes por semana eram mais alertas, dormiam melhor,

choravam menos, demonstravam menos estresse, adquiriam mais peso e eram mais calmos e sociáveis do que um grupo-controle de bebês que foram apenas embalados (Field et al., 1996). A massagem pode ter efeitos sobre a atividade neurológica. Em um estudo, 10 minutos de massagem terapêutica reduziram o padrão assimétrico de atividade do lobo frontal direito e esquerdo típico em bebês de mães deprimidas (Jones et al., 1998).

Ao que parece, a reação ao rosto sem expressão é universal e não se limita às interações com a mãe. Quando 94 crianças de 4 meses foram observadas em laboratório, constatou-se que os pais são igualmente sensíveis aos sinais de seus bebês, e os bebês reagem de modo semelhante a pais e mães (Braungart-Rieker, Garwood, Powers e Notara, 1998). Em um experimento transcultural, crianças chinesas de 3 a 6 meses de idade responderam de modo semelhante a pais e mães - e também a estranhos - em comparação com grupos-controle que não passaram pelo episódio do rosto sem expressão. Quando os dados sobre as reações às mães foram comparados com os resultados de estudos semelhantes com bebês canadenses, não foram constatadas diferenças significativas, ainda que as mães canadenses brinquem com seus bebês com maior envolvimento corporal (Kisilevsky, 1998).

Referencial Social

Quando, em um jantar formal, você dá uma olhada discreta para ver que talher a pessoa ao lado está usando, você está lendo os sinais não-verbais dela para obter informações sobre como agir. Através do referencial social, uma pessoa forma um critério para agir em uma situação ambígua, confusa ou não-familiar, buscando e interpretando a percepção que outra pessoa tem da situação. Os bebês parecem utilizar referencial social quando olham para seus cuidadores ao encontrar uma nova pessoa ou um novo brinquedo. Esse padrão de comportamento pode começar algum tempo depois dos 6 meses, quando os bebês começam a julgar as possíveis consequências dos eventos, imitar comportamentos complexos e distinguir e reagir a diversas expressões emocionais.

Em um estudo utilizando um abismo visual (forma de medir a percepção de profundidade descrita no Capítulo 4), quando o "buraco" parecia muito raso ou muito profundo, crianças de 1 ano não olhavam para suas mães; eram capazes de julgar por si mesmas se atravessariam ou não. Entretanto, quando estavam inseguras sobre a profundidade do "abismo", faziam uma pausa à "beira" dele, olhavam para baixo e então olhavam para as mães. A maioria dos bebês cujas mães demonstravam alegria ou interesse atravessavam o "abismo", mas muito poucos entre aqueles cujas mães pareciam zangadas ou aflitas faziam isso (Sorce, Emde, Campos e Klinnert, 1985).

Entretanto, a idéia de que os bebês utilizam referencial social foi contestada da seguinte maneira: bebês com menos de 1 ano têm consciência de sua própria necessidade de conhecimento e da capacidade de outra pessoa de fornecê-lo? Embora bebês com apenas 8 ou 9 meses olhem espontaneamente para os cuidadores em situações ambíguas, não sabemos se estão procurando informação; podem estar em busca de conforto, atenção ou querer compartilhar sentimentos ou apenas tranquilizar-se quanto à presença do cuidador - comportamentos típicos de apego (Baldwin e Moses, 1996).

referencial social

Compreensão de uma situação ambígua verificando-se a reação de outra pessoa a ela.

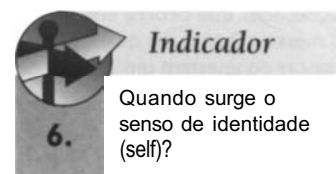
VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever como funciona a regulação mútua?
- ✓ Discutir como a depressão da mãe pode afetar seu bebê?
- ✓ Dizer o que é referencial social e dar argumentos a favor ou contra sua utilização por parte dos bebês?

Questões de Desenvolvimento na Primeira Infância

Entre o primeiro e segundo aniversário, os bebês tornam-se crianças. Essa transformação pode ser vista não apenas em habilidades físicas e cognitivas, como andar e falar, mas em seu modo de expressar suas personalidades e interagir com os outros. Vamos examinar três questões psicológicas que as crianças - e seus cuidadores - precisam enfrentar nesse período: a emergência do senso de *identidade*, o desenvolvimento da *autonomia*, ou (autodeterminação) e a *internalização de padrões comportamentais*.



A Emergência do Senso de Identidade

Antes de poderem assumir responsabilidade por suas próprias atividades, as crianças devem identificar-se cognitivamente como pessoas fisicamente distintas separadas do resto do mundo cujas características e cujos comportamento podem ser descritos e avaliados. A autoconsciência é o primeiro passo para o desenvolvimento de padrões de comportamento: permite que as crianças compreendam que a resposta de um dos pais a algo que elas fizeram se dirige a *elas*, e não ao ato em si.

Como o **autoconceito** (ou senso de identidade) começa a se desenvolver? Depois de entrevistar as mães de 123 crianças de 14 a 40 meses de idade, uma equipe de pesquisadores (Stipek, Gralinski e Kopp, 1990) identificou a seguinte seqüência:

autoconceito
Senso de identidade; quadro mental de descrição e avaliação de nossas capacidades e de nossos traços.

1. *Auto-reconhecimento físico e autoconsciência*: As crianças pequenas se reconhecem em espelhos ou fotografias com 18 a 24 meses, demonstrando consciência de si mesmas como seres fisicamente distintos. Em uma linha de pesquisa clássica, pesquisadores pintaram o nariz de bebês e crianças de 6 a 24 meses e colocaram-nas em frente a um espelho. Três quartos de crianças de 18 meses e todas as crianças de 24 meses tocaram seu nariz com mais freqüência do que antes, ao passo que bebês com menos de 15 meses nunca o fizeram. Esse comportamento sugere que os bebês com mais idade sabiam que normalmente seu nariz não era vermelho e que reconheciam a imagem no espelho como de si mesmos (Lewis, 1997; Lewis e Brooks, 1974). Dos 20 aos 24 meses, as crianças começam a usar pronomes em primeira pessoa, outro sinal de autoconsciência (Lewis, 1997).
2. *Autodescrição e auto-avaliação*: Depois que possuem um conceito de si mesmas como seres distintos, as crianças começam a aplicar termos descritivos ("grande" ou "pequeno"; "cabelo liso" ou "cabelo crespo") e de avaliação ("bom", "bonito" ou "malvado") a si mesmas. Isso costuma ocorrer entre os 19 e 30 meses, quando a capacidade representacional e o vocabulário expandem-se.
3. *Resposta emocional a más ações*: A terceira etapa chega quando as crianças demonstram que se aborrecem com a desaprovação de um dos pais e param de fazer algo que não devem fazer - pelo menos enquanto estão sendo vigiadas. Essa etapa, que estabelece as bases para a compreensão moral e para o desenvolvimento da consciência, ocorre mais gradualmente do que a segunda etapa, e existe certa sobreposição entre as duas.

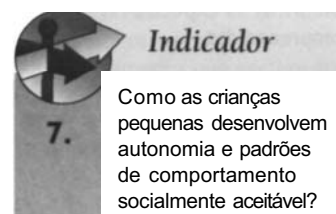


A tentativa de se vestir desta criança - ainda que inicialmente possa ser desajeitada - expressa sua forte necessidade de autonomia.

Segundo as mães que participaram desse estudo, com apenas 14 meses, as crianças já demonstravam a necessidade de *autonomia* ou autodeterminação - rejeitando auxílio, agindo em contrariedade e resistindo às tentativas de vesti-las, trocar fraldas ou tomá-las nos braços (Stipek et al., 1990). A teoria de Erikson concentra-se na autonomia como o principal desenvolvimento do segundo ao terceiro ano de vida.

Desenvolvendo a Autonomia

A medida que amadurecem - física, cognitiva e emocionalmente - as crianças buscam independência dos próprios adultos aos quais estão apegadas. Erikson (1950) identificou o período dos 18 meses aos 3 anos como o segundo estágio ou crise no desenvolvi-



autonomia versus vergonha e dúvida

Na teoria de Erikson, a segunda crise no desenvolvimento psicossocial, que ocorre entre os 18 meses e 3 anos, na qual as crianças conquistam um equilíbrio entre autodeterminação e controle dos outros.

negativismo

Comportamento característico das crianças pequenas, no qual expressam seu desejo por independência opondo-se à autoridade.

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Definir três etapas no desenvolvimento do senso de identidade a partir do segundo ano de vida?
- ✓ Descrever a crise de autonomia *versus* vergonha e dúvida conforme Erikson?
- ✓ Explicar por que os "terríveis 2 anos" são um fenômeno normal?

socialização

Processo de desenvolvimento de hábitos, de habilidades, de valores e de motivos compartilhados por membros responsáveis e produtivos de uma determinada sociedade.

internalização

Processo pelo qual as crianças aceitam os padrões de conduta da sociedade como seus; fundamental para a socialização.

auto-regulação

Controle de comportamento independente da criança para se conformar às expectativas sociais compreendidas.

mento da personalidade, **autonomia versus vergonha e dúvida**, o qual é marcado pela mudança do controle externo para o autocontrole. Tendo passado pelo primeiro ano de vida com um senso de confiança básica no mundo e com o despertar da autoconsciência, as crianças começam a substituir o julgamento de seus cuidadores pelo seu. A "virtude" que surge durante esse estágio é a *vontade*. O abandono das fraldas é um passo importante para a autonomia e para o autocontrole. E a linguagem também: por serem mais capazes de expressar seus desejos, as crianças tornam-se mais poderosas e independentes.

Liberdade ilimitada não é segura nem saudável, disse Erikson, e, por isso, vergonha e dúvida têm um lugar necessário. Como em todos os estágios de Erikson, um equilíbrio adequado é crucial. A dúvida em relação a si mesmo ajuda as crianças a reconhecer o que ainda não estão prontas para fazer, e a vergonha ajuda-as a viver com regras sensatas. As crianças precisam dos adultos para fixar limites adequados, e a vergonha e a dúvida ajudam-nas a reconhecer a necessidade desses limites.

Os "terríveis 2 anos" são uma manifestação normal da necessidade de autonomia. As crianças nessa idade precisam testar a nova idéia de que são indivíduos, que possuem algum controle sobre seu mundo e que possuem novas e empolgantes capacidades. São impulsionadas a experimentar suas novas idéias, exercitar suas próprias preferências e tomar suas próprias decisões. Esse impulso normalmente se manifesta na forma de **negativismo**, a tendência de exclamar "Não!" apenas para se opor à autoridade. Quase todas as crianças demonstram algum negativismo, que geralmente se inicia antes dos 2 anos, tende a atingir o máximo dos 3 anos e 6 meses aos 4 e diminui aos 6 anos. Encarando as expressões de vontade própria das crianças como um esforço normal e saudável por independência, e não como teimosia, os pais e outros cuidadores podem ajudá-las a adquirir autocontrole, contribuir para seu senso de competência e evitar conflitos excessivos. (O Quadro 6-3 oferece sugestões específicas, baseadas em pesquisas, para lidar com os "terríveis 2 anos".)

Socialização e Internalização: Desenvolvendo uma Consciência

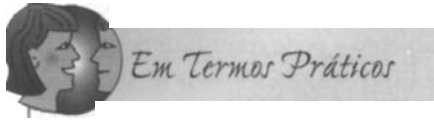
Socialização é o processo pelo qual as crianças desenvolvem hábitos, habilidades, valores e motivos que as tornam membros responsáveis e produtivos da sociedade. Alguns pesquisadores sustentam que a conformidade às expectativas dos pais é o primeiro passo para a conformidade aos padrões da sociedade. A socialização baseia-se na **internalização** desses padrões. As crianças cuja socialização foi bem-sucedida não cumprem regras ou comandos apenas para obter compensação ou evitar punição, mas fizeram dos padrões da sociedade os seus (Grusec e Goodnow, 1994; Kochanska e Aksan, 1995; Kochanska, Tjebkes e Forman, 1998).

Desenvolvimento da Auto-Regulação

Katy, de 2 anos, está prestes a introduzir o dedo em uma tomada elétrica. Em casa, as tomadas ficam cobertas, mas não aqui, na casa de sua avó. Quando Katy ouve o pai gritar "Não!", ela retira o braço. Da próxima vez que chegar perto de uma tomada, começará a apontar o dedo, hesitará e então dirá "Não". Ela não se permite fazer algo que lembra que não deve fazer. Está começando a demonstrar **auto-regulação**: controle de seu próprio comportamento para se conformar às demandas ou expectativas de um cuidador, mesmo quando ele não está presente.

A auto-regulação é a base da socialização, unindo todas as áreas de desenvolvimento - físico, cognitivo, social e emocional. Antes de Katy ser fisicamente capaz de se deslocar por conta própria, as tomadas elétricas não ofereciam perigo. Para impedir-se de introduzir o dedo em uma tomada, Katy precisa conscientemente compreender e lembrar o que seu pai lhe disse. Mas consciência cognitiva não é suficiente; conter-se também exige controle emocional.

Ao "lerem" as reações emocionais dos pais a seu comportamento, as crianças absorvem continuamente informações sobre que conduta seus pais aprovam. À medida que as crianças processam, armazenam e agem de acordo com essas informações, seu forte desejo de agradar aos pais leva-as a agir como sabem que seus pais desejam, estejam eles ou não presentes para ver. A regulação mútua dos estados emocionais durante



Quadro 6-3 Enfrentando os "Terríveis 2 Anos"

As seguintes recomendações baseadas em pesquisas podem ajudar pais e crianças durante os "terríveis 2 anos" ao desencorajarem o negativismo e estimularem o aprendizado de comportamentos socialmente aceitáveis (Haswell, Hock e Wenar, 1981; Kochanska e Aksan, 1995; Kopp, 1982; Kuczynski e Kochanska, 1995; Power e Chapieski, 1986):

- *Seja flexível.* Aprenda os ritmos naturais e as preferências e aversões específicas da criança. Pais mais flexíveis tendem a ter as crianças menos resilientes.
- *Veja a si mesmo como um porto seguro,* com limites seguros, do qual a criança pode partir para descobrir o mundo e voltar para obter apoio.
- *Faça do lar um ambiente adequado à criança.* Utilize objetos inquebráveis que ofereçam exploração segura.
- *Evite os castigos físicos.* Eles geralmente não funcionam e ainda podem levar a criança a fazer mais estragos.
- *Ofereça uma opção,* mesmo que limitada, para dar à criança algum controle. Por exemplo: "Você gostaria de tomar banho agora ou depois de lermos uma história?".
- *Seja consistente* ao fazer valer seus pedidos. Muitas crianças recusam-se a obedecer às regras para demonstrar controle, mas não estão realmente falando sério e posteriormente obedecem aos cuidadores.
- *Só interrompa uma atividade se absolutamente necessário.* Tente esperar até que a atenção da criança se desvie para outra coisa.
- *Caso tenha que interromper, avise antes:* "Logo teremos que sair do parque". Isso dá à criança tempo para pre-

parar-se e terminar uma atividade ou pensar em retomá-la em outra ocasião.

- *Ofereça sugestões alternativas.* Quando Ashley estiver atirando areia no rosto de Keiko, diga: "Olha ali! Ninguém está no balanço agora. Venha que eu te empurro!".
- *Sugira; não ordene.* Acompanhe os pedidos com sorrisos ou abraços, e não com críticas, ameaças ou restrição física.
- *Relacione os pedidos a atividades agradáveis.* "Está na hora de parar de brincar, pois agora vocês vão à loja comigo".
- *Lembre a criança o que você espera:* "Quando a gente brinca neste parque, a gente *nunca* sai para fora do portão".
- *Espere um pouco para repetir um pedido* quando a criança não lhe obedece imediatamente.
- Use "*suspensões*" para eliminar conflitos. De maneira não-punitiva, retire a criança ou a si mesmo de uma situação. Muitas vezes, isso resulta na diminuição ou mesmo desaparecimento da resistência.
- *Espere menos autocontrole durante as épocas de estresse* (como doenças, divórcio, o nascimento de um irmão ou mudança para uma casa nova).
- *Não esqueça que será mais difícil para as crianças cumprir deveres do que se abster de fazer coisas proibidas.* "Arrume o quarto" exige mais esforço do que "Não rabisque na mobília".
- *Acima de tudo, mantenha o clima o mais positivo possível.* Manter um relacionamento afetivo e agradável é o segredo para fazer as crianças *quererem* cooperar.

o primeiro ano de vida contribui para o desenvolvimento do autocontrole, especialmente em crianças de temperamento "difícil", que podem precisar de auxílio extra para isso (R. Feldman, Greenbaum e Yirmiya, 1999).

O desenvolvimento da auto-regulação acompanha o desenvolvimento das emoções de autoconsciência e avaliação, como empatia, vergonha e culpa (Lewis, 1995, 1997, 1998). Exige flexibilidade e capacidade de esperar pela gratificação. Mas quando crianças pequenas desejam muito fazer alguma coisa, esquecem as regras com facilidade; podem atravessar a rua correndo atrás de uma bola ou pegar um biscoito proibido. Na maioria das crianças, portanto, o pleno desenvolvimento da auto-regulação leva pelo menos 3 anos (Kopp, 1982).

Origens da Consciência: Obediência Comprometida

A internalização dos padrões sociais é essencial para o desenvolvimento da consciência, a qual inclui tanto o desconforto emocional por fazer alguma coisa como a capacidade de abster-se de fazê-lo (Kochanska, 1993). A consciência depende da disposição a fazer a coisa certa porque se acredita ser correta, e não (como na auto-regulação) ape-

VERIFICADOR _____

Você é capaz *de* ...

- ✓ Dizer quando e como a auto-regulação se desenvolve e como contribui para a socialização?

consciência

Padrões internos de comportamento, que geralmente controlam nossa conduta e produzem desconforto emocional quando violados.

obediência comprometida

Na terminologia de Kochanska, é a obediência sincera de uma criança às ordens dos pais sem lembretes ou lapsos.

obediência situacional

Na terminologia de Kochanska, é a obediência de uma criança às ordens dos pais somente na presença de estímulo ou outros sinais de controle dos pais.

Pense sobre isso . . .

- Como cada um dos três estágios iniciais no desenvolvimento do autoconceito influenciariam o relacionamento entre pais e filhos?
- De acordo com a crença dos teóricos dos estágios de que cada etapa de desenvolvimento prepara as bases para a etapa seguinte, que diferença a segurança de apego faria no modo como uma criança experimenta a próxima fase de desenvolvimento, isto é, o desenvolvimento da autonomia?
- Considerando a pesquisa de Kochanska sobre as origens da consciência, que perguntas você faria sobre a socialização inicial de adolescentes e adultos anti-sociais?

nas porque outra pessoa o disse. O *controle inibitório* - controle consciente ou deliberado do comportamento, um mecanismo de auto-regulação que surge a partir do segundo ano de vida e que pode estar ligado ao temperamento - pode contribuir para as bases da consciência ao permitir que a criança pela primeira vez obedeça às regras de comportamento ditadas pelos pais (Kochanska, Murray e Coy, 1997).

Grazyna Kochanska (1993, 1995, 1997a, 1997b) e colaboradores buscaram as origens da consciência em um estudo longitudinal de um grupo étnica e socioeconomicamente misto de crianças e mães de áreas urbanas e rurais de Iowa (EUA). Os pesquisadores filmaram 103 crianças de 26 a 41 meses de idade e suas mães brincando juntos por duas ou três horas, tanto em casa como em um ambiente de laboratório semelhante ao doméstico (Kochanska e Aksan, 1995). A criança brincava livremente por certo tempo e então a mãe lhe dava 15 minutos para guardar os brinquedos. O laboratório também tinha um prateleira especial com brinquedos muito atraentes, como uma máquina de chicletes de bola, um *walkie-talkie*, uma caixa de música, um *kit* de pesca e uma linda boneca. Dizia-se à criança que não deveria tocar em nada que estivesse na prateleira durante toda a sessão. Depois de aproximadamente uma hora, o experimentador pedia à mãe que fosse a uma sala contígua, deixando a criança com os brinquedos. Alguns minutos depois, uma mulher desconhecida entrava, brincava com alguns dos brinquedos da prateleira proibida e depois deixava a criança sozinha por oito minutos.

Considerava-se que as crianças demonstravam **obediência comprometida**, que parece ser uma forma inicial de consciência, quando elas seguiam de boa vontade as ordens de organizar seus brinquedos e não tocar nos brinquedos proibidos, sem lembretes ou lapsos. As crianças demonstravam **obediência situacional** quando precisavam de estímulo para obedecer; sua obediência dependia do controle contínuo dos pais.

A obediência comprometida está fortemente relacionada com a internalização de valores e regras dos pais. As crianças cujas mães descreviam-nas como tendo internalizado regras domésticas abstiveram-se de tocar os brinquedos proibidos mesmo quando ficavam sozinhas com eles, ao passo que as crianças cuja obediência era apenas situacional tendiam a ceder à tentação quando as mães estavam ausentes. Em uma observação posterior, quando as crianças tinham de 3 anos e 6 meses a 4 anos e 6 meses, aquelas que anteriormente haviam demonstrado obediência comprometida tinham maior probabilidade de demonstrá-la quando mais velhas, tendo também mais chances de ter internalizado regras adultas (Kochanska, Aksan e Koenig, 1995).

A obediência comprometida e a obediência situacional parecem ser padrões distintos de comportamento, e suas raízes remontam ao primeiro ano de vida. Os dois tipos de obediência podem ser identificados em crianças de apenas 13 meses. As crianças pequenas que demonstram obediência comprometida tendem a ser receptivas ao ensino materno. Também tendem a ser aquelas que, aos 8 a 10 meses, eram capazes de concentrar a atenção em um conjunto de blocos e abster-se de se aproximar de uma planta atraente quando ouviam "Não!". A obediência comprometida aumenta com a idade, ao passo que a obediência situacional diminui. As meninas tendem a demonstrar obediência comprometida mais do que os meninos (Kochanska et al., 1998).

Fatores no Sucesso da Socialização

Algumas crianças internalizam os padrões da sociedade com mais facilidade do que outras. O modo como os pais procedem, aliado ao temperamento da criança e à qualidade do relacionamento entre pais e filhos, pode ajudar a prever o quão fácil ou difícil será socializar uma criança (Kochanska et al., 1993, 1995, 1997a, 1997b).

Um relacionamento afetuoso e mutuamente responsivo entre pais e filhos durante os primeiros anos de vida parece fomentar a obediência comprometida e promover uma socialização mais fácil e bem-sucedida (Kochanska et al., 1998). Essa socialização inicial pode ter reflexos profundos a longo prazo: a falta de responsividade materna no primeiro ano de vida está ligada ao risco de problemas de comportamento disruptivo ou inadequado durante a terceira infância (Wakschlag e Hans, 1999). As crianças podem satisfazer melhor as demandas dos pais quando o genitor repetidamente afirmou a autonomia da criança - por exemplo, seguindo o comando da criança durante um jogo (Kochanska, 1997b).

As mães de crianças obedientes comprometidas são mais propensas do que mães de crianças obedientes situacionais a utilizar orientação gentil em vez de força, ameaças ou outras formas de controle negativo (Kochanska e Aksan, 1995). A orientação gentil parece particularmente adequada a crianças temerosas ou ansiosas, que tendem a ficar perturbadas quando se comportam mal. Uma criança assim facilmente internalizará as mensagens dos pais com um mínimo de estímulo; demonstrações de poder apenas deixariam a criança mais ansiosa. Algo mais é necessário com crianças mais ousadas, mas elas também tendem a responder melhor a pedidos de cooperação do que a ameaças e tendem a obedecer às ordens se tiverem apego seguro (Kochanska, 1995, 1997a).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Fazer a distinção entre obediência comprometida e obediência situacional em relação à consciência?
- ✓ Discutir como o temperamento e as práticas educativas dos pais influenciam a socialização?

Contato com Outras Crianças

Embora os pais exerçam grande influência nas vidas das crianças, os relacionamentos com outras crianças - tanto em casa como fora dela - também são importantes a partir do primeiro ano de vida.

Irmãos

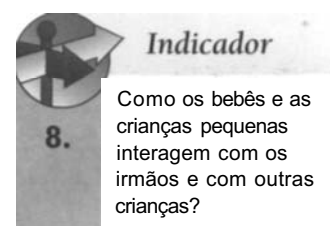
Se você tem irmãos ou irmãs, seus relacionamentos com eles tendem a ser os mais duradouros que você terá na vida. Você e seus irmãos podem ter brigado constantemente na infância, ou talvez tenham sido muito amigos. De qualquer maneira, eles partilham de suas origens; "conheciam você quando", aceitaram ou rejeitaram os mesmos valores dos pais e provavelmente terão um relacionamento mais sincero com você do que praticamente todas as outras pessoas em sua vida.

A Chegada de um Novo Bebê

As crianças reagem de diversas maneiras à chegada de um irmão ou de uma irmã. Para atrair a atenção da mãe, algumas chupam o dedo, urinam nas calças, pedem para mamar ou utilizam linguagem infantil. Outras se retraem, recusando-se a falar ou brincar. Algumas sugerem levar o bebê de volta ao hospital, dá-lo a alguém ou eliminá-lo pelo vaso sanitário. Algumas se orgulham por serem "grandes" e capazes de se vestir, usar o penico, fazer as refeições com os adultos e ajudar a cuidar do bebê.

Grande parte da variação na adaptação das crianças a um novo bebê pode estar relacionada com fatores como a idade da criança com mais idade, a qualidade de seu relacionamento com a mãe e a atmosfera familiar. Previsivelmente, o apego à mãe, muitas vezes, torna-se menos seguro. Segundo um estudo longitudinal, isso tende mais a acontecer com primogênitos com mais do que 24 meses de idade quando da chegada do novo bebê, ou cujas mães apresentam sinais de depressão, ansiedade ou hostilidade. Entre o terceiro trimestre de gravidez e um ou dois meses depois do nascimento, a segurança diminuiu mais para crianças de 2 e 5 anos do que para crianças mais novas, talvez por que as crianças com menos de 2 anos ainda não sejam maduras o suficiente para identificar o recém-chegado como um intruso ou uma ameaça. Primogênitos com menos de 24 meses podem ter uma reação tardia a um novo bebê à medida que sua consciência social e cognitiva se aguça. De qualquer forma, o lapso na segurança do apego tende a ser apenas temporário, a menos que o nascimento traga um sério rompimento nas condições de assistência à criança (Teti, Sakin, Kucera, Corns e Eiden, 1996).

O nascimento de um irmão menor pode mudar o modo de agir da mãe em relação à criança com mais idade. A mãe tende a brincar menos com a criança com mais idade, a ser menos sensível a seus interesses, a dar mais ordens, a ter mais confrontações, a usar castigo físico e a iniciar menos diálogos e brincadeiras que ajudam a desenvolver habilidades. Um menino mais velho, em especial, pode apresentar problemas temporários de comportamento. Esse declínio na interação positiva com a mãe tende a ser temporário, a não ser que os irmãos tenham menos do que dois anos e meio de diferença (Baydar, Greek, e Brooks-Gunn, 1997; Baydar, Hyle e



Brooks-Gunn, 1997; Dunn, 1985; Dunn e Kendrick, 1982). A personalidade da criança faz diferença. As crianças que tomam a iniciativa para conversar ou brincar com a mãe demonstram menos rivalidade com os irmãos do que aquelas que se retraem. Além disso, irmãos mais velhos geralmente se adaptam melhor quando os pais lhes dedicam tempo e atenção extra para compensar o envolvimento da mãe com o bebê (Lamb, 1978).

Se a mãe trabalhava fora de casa e não retorna para o trabalho, a chegada de um novo bebê pode significar que a mãe pode passar mais, e não menos tempo com filho mais velho. Contudo, com menos renda familiar e outra boca para alimentar, os recursos de aprendizagem (como materiais lúdicos e passeios) podem ficar mais escassos para a criança com mais idade. Além disso, preocupações financeiras podem afetar o bem-estar emocional da mãe, contribuindo para interações negativas da mãe com a criança com mais idade. No aspecto positivo, a chegada de um bebê tende a realçar o desenvolvimento de linguagem da criança mais velha, talvez porque ela converse mais do que antes com o pai e com outros membros da família. Em famílias economicamente desfavorecidas, entretanto, efeitos prejudiciais no desenvolvimento de habilidades acadêmicas se manifestam quando o irmão mais novo conta com 4 anos e o mais velho está na escola (Baydar, Greek e Brooks-Gunn, 1997; Baydar, Hyle e Brooks-Gunn, 1997).

Como Interagem os Irmãos

As crianças pequenas geralmente se apegam a seus irmãos mais velhos. Os bebês ficam aborrecidos quando seus irmãos partem, saúdam-nos quando retornam, dão preferência a eles como parceiros para brincar e aproximam-se deles quando um estranho entra no ambiente. Embora a rivalidade, muitas vezes, esteja presente, também existe afeto. Quanto mais seguro é o apego dos irmãos aos pais, melhor eles se relacionam (Teti e Ablard, 1989).

Não obstante, quando os bebês começam a se deslocar e tornam-se mais assertivos, inevitavelmente entram em conflito com irmãos mais velhos por causa de brinquedos e território e começam a interferir em sua liberdade para brincar. O conflito entre irmãos aumenta sensivelmente durante a segunda metade do segundo ano de vida da

criança mais nova (Vandell e Bailey, 1992). Durante esse período, os irmãos mais novos começam a participar mais plenamente das interações familiares e aumentam seu envolvimento nas disputas da família. Nesse processo, tornam-se mais conscientes das intenções e dos sentimentos dos outros. Suas ações e expressões sugerem que estão começando a reconhecer que tipo de comportamento irá aborrecer ou perturbar um irmão ou irmã mais velha e que comportamento é considerado "travesso" ou "bom". São capazes de prever o que irá acontecer quando as regras são violadas; demonstram muito interesse pelas transgressões dos irmãos mais velhos e podem tentar apoiar ou consolar uma irmã ou um irmão em apuros (Dunn e Munn, 1985).

Essa compreensão cognitiva e social em crescimento acompanha alterações na qualidade dos conflitos entre irmãos. O conflito tende a tornar-se mais construtivo e menos coercivo, com o irmão mais novo participando das tentativas de conciliação. O conflito construtivo limita-se à questão presente, não é intensamente emocional e geralmente leva a uma decisão negociada. Ajuda as crianças a reconhecer necessidades, desejos e ponto de vista umas das outras, além de ajudá-las a aprender a brigar, discordar e chegar a um acordo no contexto de um relacionamento seguro e estável (Vandell e Bailey, 1992).



Bebês e crianças pequenas apegam-se intimamente a seus irmãos mais velhos, especialmente quando os mais velhos assumem boa parte da tarefa de cuidar dos mais novos, como ocorre com estas crianças chinesas.

Parte das disputas se devem ao que os pais fazem - ou deixam de fazer. Quando os pais demonstram favoritismo, são frios, hostis ou punitivos, estão deprimidos ou infelizes, não dão atenção suficiente aos filhos, brigam entre si ou lidam com os conflitos entre os irmãos de maneira inconsistente, esses conflitos tendem mais a ocorrer. Os conflitos são menos frequentes e mais construtivos quando os pais discutem com as crianças, reconhecem os sentimentos e as necessidades delas, explicam para uma criança com mais idade o comportamento de uma criança mais nova, estabelecem regras e sugerem soluções (Vandell e Bailey, 1992).

Sociabilidade com Outras Crianças

Embora a família seja o centro do mundo social de um bebê, os bebês - e ainda mais as crianças pequenas - demonstram interesse por pessoas de fora do lar, particularmente pessoas de seu próprio tamanho. Durante os primeiros meses, demonstram interesse por outros bebês mais ou menos da mesma forma que respondem a suas mães: olhando, sorrindo e arrulhando (Field, 1978). Durante a segunda metade do primeiro ano, os bebês sorriem, tocam e balbuciam cada vez mais para outros bebês, especialmente quando não são distraídos pela presença de adultos ou brinquedos (Hay, Pedersen e Nash, 1982).

Aproximadamente com 1 ano, quando os itens mais importantes em sua agenda são aprender a andar e manipular objetos, os bebês prestam mais atenção a brinquedos e menos às outras pessoas (Field e Roopnarine, 1982). Essa fase, porém, não dura muito: de aproximadamente 1 ano e 6 meses de idade a quase 3, demonstram mais interesse pelo que outras crianças fazem e compreensão cada vez maior de como lidar com elas. Essa compreensão parece acompanhar a consciência de si mesmos como indivíduos separados. Um bebê de 10 meses que estende um brinquedo para outro bebê não repara se o outro está ou não de costas, mas uma criança de 18 meses sabe quando uma oferta tem mais chances de ser aceita e como responder às iniciativas de outra criança (Eckerman, Davis e Didow, 1989; Eckerman e Stein, 1982).

As crianças pequenas aprendem imitando umas às outras. Brincadeiras de imitação do tipo "chefe manda" ajudam as crianças a se conectar com outras crianças e preparam o caminho para jogos mais complexos durante os anos pré-escolares (Eckerman et al., 1989). Como no caso de irmãos, o conflito pode igualmente servir a um propósito: ajudar as crianças a aprender a negociar e resolver disputas. Em um estudo, grupos de três crianças pequenas que não se conheciam foram observadas brincando juntas. De modo geral, as crianças relacionavam-se bem - dividindo, mostrando e ensinando o funcionamento de brinquedos umas para as outras, mesmo pouco antes ou depois de brigarem por causa deles. Crianças de 2 anos envolviam-se em mais conflitos do que crianças de 1 ano, mas também os resolviam com mais frequência - por exemplo, dividindo os brinquedos quando não havia um número suficiente deles para todos (Caplan, Vespo, Pedersen e Hay, 1991).

Algumas crianças, evidentemente, são mais sociáveis do que outras, refletindo traços de temperamento como humor usual, prontidão em aceitar novas pessoas e capacidade de se adaptar à mudança. A sociabilidade também é influenciada pela experiência; bebês que ficam com outros bebês tornam-se sociáveis mais cedo do que aqueles que sempre ficam em casa sozinhos. A medida que as crianças ganham idade e participam cada vez mais do mundo fora de casa, as habilidades sociais tornam-se cada vez mais importantes. Para muitas crianças, o primeiro passo nesse mundo mais amplo é o ingresso em algum serviço de assistência organizada.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir os fatores que influenciam a adaptação a um novo bebê?
- ✓ Descrever as mudanças na interação e nos conflitos entre irmãos durante os primeiros anos da infância?
- ✓ Descrever as mudanças de sociabilidade durante os 3 primeiros anos de vida?

Filhos de Pais que Trabalham Fora

Em 1998, quase 58% das mulheres com filhos com menos de 3 anos e quase 54% das mães de bebês no primeiro ano de vida ocupavam um posto de trabalho (Bureau of Labor Statistics, 1999a). A assistência infantil precoce não-parental é atualmente um modo de vida para a maioria das famílias nos Estados Unidos, e seu impacto é muito debatido.

**Indicador**

De que modo o fato de os pais trabalharem fora de casa influencia o desenvolvimento dos bebês e das crianças pequenas?

Efeitos da Vida Profissional dos Pais

Quais são as conseqüências a curto e longo prazo do fato de a mãe trabalhar fora de casa durante os primeiros 3 anos de vida de seu filho? Quase nenhuma, segundo um recente estudo baseado no Levantamento Longitudinal Nacional dos Jovens (LLNJ).

O LLNJ é uma pesquisa anual realizada entre cerca de 12.600 mulheres, acompanhada de avaliações de seus filhos. Estudos anteriores sobre os efeitos da vida profissional da mãe baseados nos dados do LLNJ produziram resultados conflitantes, provavelmente por causa de inconsistências metodológicas. Além disso, a amostra original continha proporções atipicamente grandes de mulheres de baixa renda e pertencentes a minorias.

Hoje, uma nova análise dos dados do LLNJ de 1994, baseada em uma amostra maior e mais representativa (Harvey, 1999), constatou pouco ou nenhum efeito da atividade profissional da mãe sobre a obediência, problemas de comportamento, auto-estima, desenvolvimento cognitivo ou desempenho acadêmico das crianças. Crianças de 3 e 4 anos cujas mães haviam retornado ao trabalho mais tarde eram ligeiramente mais obedientes do que crianças da mesma idade cujas mães haviam retornado ao trabalho mais cedo, e as crianças cujas mães trabalharam por períodos prolongados durante os três primeiros anos tiveram resultados ligeiramente inferiores em testes de vocabulário e desempenho durante as primeiras séries escolares, mas essas diferenças eram pequenas e desapareceram com o tempo. Como em diversos outros estudos, o emprego da mãe parecia beneficiar as crianças de famílias de baixa renda por aumentar os recursos da família. O estudo não constatou efeitos significativos das horas de trabalho do pai.

No Capítulo 10, discutiremos os efeitos do trabalho dos pais sobre crianças com mais idade.

O Impacto dos Serviços de Assistência para Crianças Pequenas

Um dos aspectos em que o trabalho dos pais afeta as crianças é através da assistência substituta. Quando pensamos sobre os efeitos da assistência precoce a crianças, precisamos considerar variações no tipo, na qualidade, na quantidade e na estabilidade da assistência, bem como a idade em que as crianças começam a recebê-la.

Em 1995, dos quase 21 milhões de crianças com menos de 5 anos que ainda não estavam na escola, cerca de 60% recebiam cuidados de outras pessoas que não os pais - 21% de parentes, 31% em creches, 14% em lares familiares de assistência infantil e 4% de babás na casa da criança (Hofferth, 1996). (Algumas crianças recebiam mais do que um tipo de assistência.) No contexto doméstico, onde a maioria dos bebês norte-americanos ficam durante o primeiro ano de vida, a qualidade da assistência está relacionada com o a renda. Em creches, que são mais comuns para crianças com mais idade, crianças pobres e abastadas recebem assistência de melhor qualidade do que as intermediárias, que geralmente não contam com subsídios federais (NICHD Early Child Care Research Network, 1997b). A maioria das creches não segue todas as normas recomendadas de proporção entre cuidadores e crianças atendidas, tamanho dos grupos e treinamento e formação das professoras (NICHD Early Child Care Research Network, 1998b). A Tabela 6-3 relaciona diretrizes para avaliar a qualidade da assistência.



Estas crianças em um programa de assistência diurna grupai de alta qualidade tendem a se sair cognitiva e socialmente tão bem quanto crianças cuidadas em casa em tempo integral. O elemento mais importante na assistência infantil diurna é o cuidador ou professor que exerce forte influência sobre as crianças que cuida.

Tabela 6-3 Critérios para Escolher uma Boa Instituição de Assistência Infantil

- A instituição é licenciada? Atende aos padrões mínimos de saúde, incêndio e segurança? (Muitas creches e instituições de assistência não são licenciadas ou regulamentadas.)
- A instituição é limpa e segura? Possui espaços interno e externo adequados?
- A instituição possui grupos pequenos, alta proporção de adultos para crianças e um quadro de pessoal estável, competente e altamente envolvido?
- Os cuidadores têm formação em desenvolvimento infantil?
- Os cuidadores são afetuosos, receptivos, responsivos e sensíveis? Exercem autoridade sem serem demasiado restritivos, nem demasiado controladores ou meramente custódios?
- O programa promove bons hábitos de saúde?
- Oferece um equilíbrio entre atividades estruturadas e livres? As atividades são adequadas à idade das crianças?
- As crianças têm acesso a brinquedos e materiais educacionais, que estimulam o domínio de habilidades cognitivas e comunicativas no ritmo pessoal da criança?
- O programa estimula a autoconfiança, a curiosidade, a criatividade e a autodisciplina?
- Encoraja as crianças a fazer perguntas, resolver problemas, expressar sentimentos e opiniões e tomar decisões?
- Promove a auto-estima, o respeito pelos outros e as habilidades sociais?
- Ajuda os pais a aperfeiçoarem suas habilidades de criação dos filhos?
- Promove a cooperação com escolas públicas e privadas e com a comunidade?

Fontes: AAP, 1986; Belsky, 1984; Clarke-Stewart, 1987; NICHD Early Child Care Research Network, 1996; S.W. Olds, 1989; Scarr, 1998.

O elemento mais importante na qualidade da assistência é o cuidador; interações estimulantes com adultos sensíveis são cruciais para o desenvolvimento cognitivo e linguístico inicial, bem como emocional e social (Burchinal, Roberts, Nabors e Bryant, 1996). Uma baixa rotatividade de pessoal é fundamental; os bebês precisam de um acompanhamento consistente para que possam desenvolver confiança e apegos seguros. Em um estudo longitudinal, crianças de 4 anos que haviam estabelecido apegos seguros a provedores de assistência infantil tendiam a ser mais sociáveis, sensíveis, empáticas e mais estimadas do que aquelas que tinham apego inseguro (Howes, Matheison e Hamilton, 1994).

A mais abrangente pesquisa sobre assistência infantil precoce realizada até hoje foi patrocinada pelo Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano (National Institute of Child Health and Human Development - NICHD). Esse estudo longitudinal com 1.364 crianças e suas famílias iniciou-se em 1991 em 10 centros universitários nos Estados Unidos, pouco depois do nascimento das crianças. A amostra era variada em termos socioeconômicos, educacionais e étnicos; quase 35% das famílias eram carentes ou quase carentes. A maioria dos bebês começavam a receber cuidados de outras pessoas que não a mãe antes dos 4 meses, recebendo em média 33 horas de cuidados por semana. Os esquemas de assistência às crianças variavam muito em tipo e qualidade (Peth - Pierce, 1998).

O estudo tinha por objetivo medir a contribuição da assistência infantil nos resultados de desenvolvimento, afora as influências das características familiares, as características da criança e dos cuidados que a criança recebe em casa. Através de observações, entrevistas, questionários e testes, os pesquisadores mediram o desenvolvimento social, emocional, cognitivo e físico das crianças em intervalos freqüentes desde 1 mês até os 7 anos. Até agora, os resultados foram publicados para os primeiros 3 anos de idade (Peth-Pierce, 1998). O que eles mostram?

A quantidade e a qualidade da assistência que as crianças recebem, bem como o tipo e a estabilidade da assistência, influenciam diversos aspectos do desenvolvimento - emocional, social e cognitivo (Peth-Pierce, 1998; ver Tabela 6-4). Entretanto, fatores relacionados à assistência infantil parecem ser menos influentes do que as características da família, como renda e nível de instrução da mãe. Essas características

Tabela 6-4 Aspectos do Desenvolvimento Afetados Pelas Características da Assistência Diurna Precoce*

	Apego	Relacionamentos entre Pais e Filhos	Cooperação	Comportamentos Problemáticos	Desenvolvimento Cognitivo e Prontidão para a Escola	Desenvolvimento da Linguagem
Qualidade	••			+	+	+
Quantidade	•	•		•		
Tipo			•	•	+	+
Estabilidade	•		•			

+ Efeitos constantes;
• Efeitos sob certas condições.
* Resultados após levar em conta todas as variáveis da família e da criança.
Fonte: Peth-Pierce 1998, tabela de resumo dos achados, p. 15.

prevêem fortemente os resultados de desenvolvimento, independentemente de as crianças estarem recebendo assistência mais de 30 horas por semana ou menos do que 10 horas (NICHD Early Child Care Research Network, em fase de elaboração).

As crianças que permanecem mais tempo em serviços de assistência externos realmente tendem a receber maternagem menos sensível e apresentar menor envolvimento com suas mães, sugerindo que a quantidade de tempo que mãe e criança passam juntas pode influenciar sua facilidade e seu conforto uma com a outra. Além disso, crianças sob assistência de alta qualidade tendem a receber maternagem mais sensível do que crianças sob assistência de qualidade inferior; talvez cuidadores sensíveis e interessados ofereçam às mães modelos positivos ou apoio emocional. Entretanto, essas correlações são modestas, particularmente em comparação com características familiares. O nível de instrução da mãe, por exemplo, é um melhor indicador de sua sensibilidade do que a quantidade ou qualidade da assistência (NICHD Early Child Care Research Network, 1999a). De modo semelhante, a sensibilidade e responsividade dos cuidadores influenciam o autocontrole e obediência das crianças e a probabilidade de comportamento problemático, mas a sensibilidade da mãe tem maior influência (NICHD Early Child Care Research Network, 1998a).

Às vezes, as características da família e da assistência operam juntas. Por exemplo, a assistência infantil em si não tem efeito direto sobre o apego (medido aos 15 meses pela situação estranha), não importando com que idade as crianças começam a receber assistência externa nem quantas horas ficam nela. Tampouco estabilidade ou qualidade da assistência importam em e por si mesmas. Entretanto, quando assistência infantil instável, de baixa qualidade e em quantidades superiores à mínima (10 ou mais horas por semana) se somam ao impacto de uma maternagem insensível e indiferente, um apego inseguro é mais provável. Por outro lado, uma assistência de alta qualidade pode ajudar a compensar uma maternagem insensível (NICHD Early Child Care Research Network, 1997a).

A qualidade da assistência contribui para o desenvolvimento cognitivo e psicossocial. Crianças em centros de assistência infantil com baixa proporção de crianças para cuidadores, grupos de tamanho reduzido e cuidadores treinados que oferecem interação positiva e estimulação lingüística, obtêm notas mais altas em testes de compreensão lingüística e prontidão para a escola. Suas mães relatam menos problemas de comportamento (NICHD Early Child Care Research Network, 1997c; NICHD Early Child Care Research Network, 1999b). Benefícios cognitivos são independentes do nível de renda ou origem étnica, e as crianças que são cuidadas exclusivamente pela mãe não apresentam vantagens. Mais uma vez, entretanto, a renda familiar, o vocabulário da mãe, o ambiente doméstico e a quantidade de estimulação mental que a mãe oferece são ainda mais influentes (NICHD Early Child Care Research Network, 1997c).

Não deveria surpreender que o que superficialmente parece ser os efeitos da assistência infantil pode, muitas vezes, ser os efeitos das características da família. Afinal, famílias estáveis com melhores rendas e experiências educacionais e ambientes domésticos favoráveis tendem a colocar seus filhos em serviços de alta qualidade. Será elucidativo acompanhar a evolução da amostra do NICHD a longo prazo; em alguns estudos longitudinais iniciais, os aparentes efeitos iniciais da assistência infantil desapareceram no período escolar, enquanto as características da família continuaram sendo importantes (Scarr, 1997b).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Relacionar pelo menos cinco critérios para uma boa assistência infantil?
- ✓ Comparar o impacto da assistência infantil e das características da família sobre o desenvolvimento emocional, social e cognitivo?

Mesmo que a assistência infantil possa ter pouco efeito a longo prazo sobre a maioria das crianças, as de famílias de baixa renda ou lares estressantes parecem beneficiar-se de serviços que fornecem apoio emocional e estimulação cognitiva, os quais de outras formas estariam ausentes em suas vidas (Scarr, 1997b). Crianças desfavorecidas em bons programas de assistência infantil tendem a não apresentar os declínios de QI frequentemente observados quando essas crianças alcançam a idade escolar e podem ter maior motivação para aprender (AAP, 1986; Belsky, 1984; Bronfenbrenner, Belsky e Steinberg, 1977). Mesmo melhorias modestas na assistência podem fazer diferença. Entre 79 crianças afro-americanas de 1 ano que freqüentavam centros comunitários urbanos de assistência diurna de pobres a médios em tempo integral por dois ou mais meses, aquelas que recebiam assistência medíocre obtinham notas mais altas nas escalas Bayley, bem como em medidas de habilidades lingüísticas e comunicativas, mesmo depois de serem feitos ajustes para fatores como gênero, pobreza e características do ambiente doméstico (Burchinal et al., 1996).

Como quer que sejam cuidados os bebês e as crianças pequenas, as experiências dos primeiros 3 anos estabelecem as bases para o futuro desenvolvimento. Na terceira parte, veremos como as crianças pequenas desenvolvem-se sobre essas bases.

Pense sobre isso...

- À luz das descobertas sobre os efeitos da assistência infantil precoce, que conselho você daria a uma nova mãe sobre a melhor época de retorno ao trabalho e sobre a seleção do serviço de assistência infantil?

Resumo

Fundamentos do Desenvolvimento Psicossocial

Indicador 1. Quando e como se desenvolvem as emoções? Como os bebês as demonstram?

- O desenvolvimento e a expressão de diferentes **emoções** parecem estar atrelados à maturação cerebral e ao desenvolvimento cognitivo.
- Chorar, sorrir e rir são os primeiros sinais de emoção. Outros indicadores de emoção incluem expressões faciais, atividade motora, linguagem corporal e mudanças fisiológicas.
- O repertório de emoções básicas parece ser universal, mas existem variações culturais em sua expressão.
- As emoções complexas parecem desenvolver-se de predecessoras mais simples. Emoções de autoconsciência e avaliação surgem após o desenvolvimento de **autoconsciência**.
- Regiões cerebrais distintas, mas em interação, podem ser responsáveis pelos diferentes estados emocionais.

Indicador 2. Como os bebês demonstram diferenças de temperamento e quão duradouras são essas diferenças?

- As crianças parecem enquadrar-se em três categorias de **temperamento**: **crianças fáceis**, **crianças difíceis** e **crianças de aquecimento lento**. Esses padrões de temperamento, bem como um aspecto do temperamento denominado *inibição ao desconhecido*, parecem ser sobretudo inatos e geralmente são estáveis, mas podem ser modificados pela experiência.
- O **grau de harmonia** entre o temperamento de uma criança e as demandas do ambiente auxilia a adaptação.
- Diferenças transculturais de temperamento podem refletir variações genéticas, experiência pré-natal ou práticas educativas culturalmente influenciadas.

Indicador 3. Que papel mães e pais desempenham no desenvolvimento inicial da personalidade?

- As práticas educativas e as funções dos cuidadores variam em torno do mundo.
- Em contraste com o fenômeno de **imprinting** observado nos animais, não parece haver um período crítico para a formação do **laço mãe-bebê**. Entretanto, os bebês possuem maior neces-

sidade de proximidade e afeto maternos, bem como de cuidados físicos.

- Na maioria das culturas, as mães, mesmo quando trabalham fora de casa, cuidam mais dos bebês do que os pais. Em algumas culturas, mãe e pai diferem no estilo de brincar com os bebês.
- Diferenças de **gênero** significativas normalmente não aparecem até depois do primeiro ano de vida. Entretanto, os pais iniciam a **tipificação de gênero** de meninos e meninas praticamente a partir do nascimento.

Questões do Desenvolvimento no Primeiro Ano de Vida

Indicador 4. Como os bebês adquirem confiança em seu mundo e formam laços afetivos?

- Segundo Erikson, nos primeiros 18 meses de vida, os bebês sofrem sua primeira crise no desenvolvimento da personalidade, **confiança básica versus desconfiança básica**. Sensibilidade, responsividade e consistência ao cuidar da criança são o segredo para o êxito na resolução dessa crise.
- A maior parte da pesquisa sobre **apego** baseia-se na **situação estranha**. Três principais padrões foram constatados: **apego seguro** e dois tipos de apego inseguro: **apego evitativo** e **apego ambivalente (resiliente)**. Um quarto padrão, **apego desorganizado-desorientado**, pode ser o menos seguro.
- Novos instrumentos foram desenvolvidos para medir o apego em ambientes naturais em uma pesquisa transcultural. A **Entrevista de Apego Adulto (EAA)** é capaz de prever a segurança do apego com base nas lembranças dos pais sobre seu próprio apego na infância.
- Os padrões de apego podem depender do temperamento do bebê, bem como da qualidade dos cuidados que recebem dos pais, e podem ter implicações a longo prazo no desenvolvimento.
- A **ansiedade de separação** e a **ansiedade ante estranhos** podem aparecer durante a segunda metade do primeiro ano. Embora no passado tenham sido consideradas como sinais de

apego, parecem estar relacionadas ao temperamento e às circunstâncias.

Indicador 5. Como os bebês e os cuidadores "lêem" os sinais não-verbais uns dos outros?

- A **regulação mútua** permite aos bebês ter um papel ativo na regulação de seus estados emocionais enviando e recebendo sinais emocionais. Os pesquisadores avaliam a regulação mútua pelo **paradigma do "rosto sem expressão"**.
- A depressão da mãe, especialmente se severa ou crônica, pode ter sérias consequências para o desenvolvimento de seu bebê.
- A idéia de que depois dos 6 meses os bebês utilizam **referência social** está sendo discutida.

Questões de Desenvolvimento na Primeira Infância

Indicador 6. Quando surge o senso de identidade (se/f)?

- O **autoconceito** começa a aparecer na seguinte sequência, aproximadamente a partir dos 18 meses: (1) auto-reconhecimento físico e autoconsciência, (2) autodescrição e auto-avaliação e (3) resposta emocional às más ações.

Indicador 7. Como as crianças pequenas desenvolvem autonomia e padrões de comportamento socialmente aceitável?

- A segunda crise de Erikson (aproximadamente dos 18 meses aos 3 anos) envolve **autonomia versus vergonha e dúvida**. O **negativismo** é uma manifestação normal da mudança do controle externo para o autocontrole.
- A **socialização**, que se baseia na **internalização** de padrões aprovados pela sociedade, começa com o desenvolvimento de **auto-regulação**. Um precursor da **consciência** é a **obediência comprometida** às demandas de um cuidador; as crianças que demonstram **obediência comprometida** tendem a internalizar

as regras dos adultos com mais facilidade do que aquelas que demonstram apenas **obediência situacional**.

- As práticas educativas, o temperamento de uma criança e a qualidade do relacionamento entre os pais e a criança podem ser fatores na facilidade e no êxito da socialização.

Contato com Outras Crianças

Indicador 8. Como os bebês e as crianças pequenas interagem com os irmãos e com outras crianças?

- Os irmãos influenciam-se mutuamente tanto de maneira positiva quanto negativa desde tenra idade. As ações e as atitudes dos pais afetam os relacionamentos entre os irmãos.
- O contato com outras crianças, especialmente depois do primeiro ano de idade, afeta o desenvolvimento cognitivo e psicossocial.

Filhos de Pais que Trabalham Fora

Indicador 9. De que modo o fato de os pais trabalharem fora de casa influencia o desenvolvimento dos bebês e das crianças pequenas?

- A participação das mães nos postos de trabalho durante os primeiros três anos parece ter pouco ou nenhum impacto sobre o desenvolvimento da criança.
- A assistência infantil substituta varia muito em tipo e qualidade. O elemento mais importante na qualidade da assistência é o cuidador.
- Embora qualidade, quantidade, estabilidade e tipo de cuidado tenham alguma influência no desenvolvimento psicossocial e cognitivo, a influência das características da família parece maior.
- As crianças, especialmente as de baixa renda, beneficiam-se com uma boa assistência.

Palavras-Chave

emoções (231)
autoconsciência (234)
temperamento (236)
crianças fáceis (237)
crianças difíceis (237)
crianças de aquecimento lento (237)
grau de harmonia (237)
imprinting (241)
laço mãe-bebê (242)

gênero (243)
tipificação de gênero (244)
confiança básica *versus* desconfiança básica (244)
apego (245)
situação estranha (246)
apego seguro (246)
apego evitativo (246)
apego ambivalente (resiliente) (246)

apego desorganizado-desorientado (246)
Entrevista de Apego Adulto (EAA)(249)
ansiedade ante estranhos (249)
ansiedade de separação (249)
regulação mútua (251)
paradigma do "rosto sem expressão"(252)
referencial social (254)

autoconceito (255)
autonomia *versus* vergonha e dúvida (256)
negativismo (256)
socialização (256)
internalização (256)
auto-regulação (256)
consciência (257)
obediência comprometida (258)
obediência situacional (258)

Segunda Infância



*D*os 3 aos 6 anos, período que costumamos chamar de período pré-escolar, as crianças passam da primeira para a segunda infância. Seus corpos tornam-se mais delgados, suas capacidades motoras e mentais mais aguçadas e suas personalidades e relacionamentos mais complexos.

Aos 3 anos, a criança não é mais um bebê, mas um robusto aventureiro, à vontade no mundo e ávido por explorar suas possibilidades, assim como as capacidades de seu próprio corpo e de sua mente. Uma criança dessa idade passou por uma época relativamente perigosa da vida - a primeira infância - para ingressar em uma fase mais saudável e menos ameaçadora.

O crescimento e a mudança são mais lentos na segunda infância do que no período anterior, mas, como veremos nos Capítulos 7 e 8, todos os aspectos do desenvolvimento - físico, cognitivo, emocional e social - continuam entrelaçados.

Conexões a Procurar

- À medida que aumenta o controle consciente dos músculos, as crianças atendem mais às suas necessidades pessoais, como vestir-se e fazer a higiene pessoal, adquirindo assim um maior senso de competência e independência.
- Os padrões de alimentação e sono são influenciados por costumes culturais. Até um resfriado comum pode ter implicações emocionais e cognitivas. Enfermidades menores ocasionais não apenas criam imunidade, ajudam também as crianças a aprender como lidar com o sofrimento físico e a compreender suas causas.
- A interação social desempenha um papel importante no desenvolvimento de habilidades prévias à alfabetização, da memória e da inteligência.
- A consciência cognitiva de gênero tem implicações psicossociais de longo alcance, influenciando o senso de identidade das crianças e suas atitudes em relação aos papéis que os dois sexos desempenham em sua sociedade.
- Influências ambientais, incluindo as circunstâncias de vida dos pais, afetam a saúde e a segurança. A ligação entre os domínios do desenvolvimento evidencia-se sobretudo nas trágicas conseqüências do abuso e da negligência de crianças; embora os efeitos mais óbvios possam ser físicos, essas condições podem paralisar o desenvolvimento cognitivo e deixar marcas emocionais duradouras.

Segunda Infância: Uma *Prévia*



Capítulo 7

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Segunda Infância

O crescimento é constante; o corpo torna-se mais delgado e as proporções, mais semelhantes às do adulto.

O apetite diminui e problemas de sono são comuns.

A preferência no uso das mãos se manifesta; as habilidades motoras gerais e refinadas, e a força aumentam.

O pensamento é um pouco egocêntrico, mas a compreensão do ponto de vista dos outros aumenta.

A imaturidade cognitiva produz algumas idéias ilógicas sobre o mundo.

A memória e a linguagem melhoram.

A inteligência torna-se mais previsível.

A experiência na pré-escola é comum.



Capítulo 8

Desenvolvimento Psicossocial na Segunda Infância

Desenvolvimento Psicossocial na Segunda Infância

O autoconceito e a compreensão das emoções tornam-se mais complexos; a auto-estima é global.

Aumentam a independência, a iniciativa e o autocontrole.

Desenvolve-se a identidade de gênero.

As brincadeiras tornam-se mais imaginativas, mais complexas e geralmente mais sociais.

Altruísmo, agressividade e medo são comuns.

A família ainda é o foco da vida social, mas as outras crianças tornam-se mais importantes.

Capítulo 7

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Segunda Infância





As crianças vivem em um mundo de imaginação e sentimento....Elas investem no objeto mais insignificante com qualquer forma que lhes agrade e vêem nele o que desejam ver.

Adam G. Oehlenschläger



Wang Yani

Foco:

Wang Yani, uma Artista Autodidata*

Wang Yani (1975) é uma talentosa artista chinesa. Hoje, tem 30 anos. Sua primeira exposição ocorreu em Xangai quando ela tinha apenas 4 anos e, quando completou 6, já tinha produzido mais de 4 mil pinturas. Desde os 10 anos de Yani, seu trabalho tem sido mostrado em toda Ásia e Europa e nos Estados Unidos. Porém, Yani nunca recebeu aulas de arte durante a infância.

Yani** começou a pintar aos 2 anos e 6 meses. Seu pai, Wang Shiqiang, era artista e educador profissional. Certa vez, ela pegou um pedaço de carvão e começou a desenhar na parede, imitando o pai ao recuar e inclinar a cabeça, apoiando o braço nos quadris para examinar sua criação. Seu pai lhe deu pincéis grandes e grandes folhas de papel que permitissem pinceladas audazes. Em vez de ensiná-la, deixou que aprendesse fazendo, à sua própria maneira, e sempre elogiava o que ela fazia. Em contraste com a educação artística chinesa tradicional, que enfatiza a conformidade e a imitação, ele deu rédeas soltas à imaginação da filha.

Yani passou pelas etapas usuais no desenho de crianças pré-escolares, indo das garatuñas ao figurativo, só que muito mais rápido do que o normal. Suas primeiras pinturas depois da etapa de garatuñas eram feitas de pontos, círculos e linhas aparentemente sem significado, as quais representavam pessoas, pássaros ou frutas. Aos 3 anos, pintava formas reconhecíveis, mas altamente originais.

O pai de Yani encorajava-a a pintar o que via ao ar livre perto de casa na pitoresca cidade de Gongcheng, situada às margens de um rio. Como os artistas chineses tradicionais, ela não pintava do natural, mas construía suas construções de cores brilhantes a partir de imagens mentais - das vividas lembranças do que havia visto. Sua memória visual foi chamada de assombrosa. Quando tinha apenas 4 anos, seu pai lhe ensinou os caracteres (letras) chineses de até 25 pinceladas, escrevendo-as no ar com o dedo. Yani imediatamente as registrava em papel.

O pai de Yani ajudava-a a desenvolver seus poderes de observação e imaginação, levando-a sobre os ombros para passear nos campos e nas montanhas, ou deitava-se com ela na grama e lhe contava histórias sobre as nuvens que passavam. Os seixos às margens dos rios lembravam-lhe os macacos do zoológico, que ela pintou diversas vezes dos 3 aos 6 anos. Yani inventava histórias sobre os macacos que criava. Eles, muitas vezes, representavam a própria Yani - fazendo um lanche, atuando como juíza de uma discussão entre amigos ou tentando superar o medo de sua primeira injeção no consultório médico. Pintar, para Yani, não era uma representação objetiva da realidade; era um espelho de sua mente, um modo de transformar suas impressões sensoriais em imagens simples, mas poderosas, sobre as quais ela projetava seus pensamentos, sentimentos e sonhos.

Em virtude de seus braços serem curtos, as pinceladas dela inicialmente eram curtas. Seu pai treinou-a a segurar o pincel com firmeza, tentando tomá-lo de sua mão quando ela não estava olhando. Ela

S U M Á R I O

FOCO: Wang Yani, uma Artista Autodidata

Desenvolvimento Físico

Aspectos do

Desenvolvimento Físico

Crescimento e Mudança Corporal
Nutrição e Dentição
Padrões e Problemas de Sono
Habilidades Motoras

Saúde e Segurança

Doenças Pouco Graves
Ferimentos Acidentais
Saúde em Contexto: Influências Ambientais

Desenvolvimento Cognitivo

Abordagem Piagetiana: A Criança Pré-operacional

Avanços do Pensamento Pré-operacional
Aspectos Imaturos do Pensamento Pré-operacional
As Crianças Pequenas Têm Teorias da Mente?

Outros Aspectos do Desenvolvimento Cognitivo

Linguagem
Interação Social e Preparação para a Alfabetização
Memória e Outras Capacidades de Processamento de Informações
Inteligência: Abordagens Psicométrica e Vygotskiana

Educação na Segunda Infância

Metas e Tipos de Pré-escola: Uma Visão Intercultural
Programas Pré-escolares Compensatórios
A Transição para a Pré-escola

* As fontes de informação sobre a vida de Wang Yani foram Bond (1989), Costello (1990), Ho (1989), Stuart (1991) e Zhensun e Low (1991).

** Segundo o costume chinês, o nome de batismo vem depois do nome da família.

aprendeu a pintar com o braço inteiro, torcendo o pulso para produzir os efeitos que queria. À medida que sua destreza e sua experiência foram aumentando, suas pinceladas adquiriram mais vigor e tornaram-se mais variadas e precisas: pinceladas ousadas e úmidas para definir o formato de um animal; pinceladas vagas e secas para sugerir penas, pele ou casca das árvores.

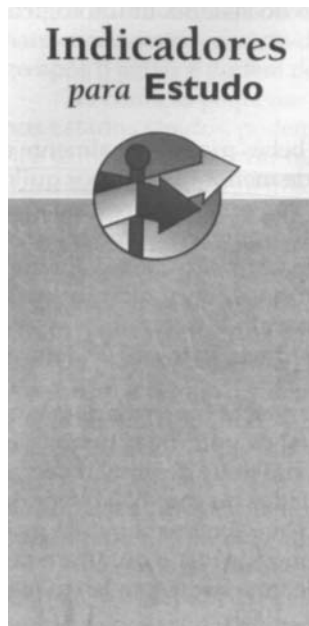
A medida que crescia, Yani expandiu seus temas para incluir paisagens, pinheiros e flores de lótus. Se os materiais que ela utilizava - pincéis de bambu, bastões de tinta e papel de arroz - eram tradicionais, o estilo dela - popularmente denominado xieyi, "escrita de idéias" - não era. Era, e continua sendo, alegre, livre e espontâneo.

Com rápidos reflexos, imaginação fértil, capacidades visuais extraordinárias, forte motivação e orientação sensível do pai, a evolução artística de Yani tem sido veloz. Como jovem adulta, é considerada uma artista de grande futuro. Entretanto, ela considera pintar algo muito simples: "Só se pinta sobre o que se pensa. Não é preciso seguir qualquer instrução. Todo mundo pode pintar" (Zhensun e Low, 1991,p.9).

 mbora o crescimento artístico de Wang Yani tenha sido incomum, ele repousava em desenvolvimentos típicos da segunda infância: rápido aperfeiçoamento do controle muscular e da coordenação olho-mão, acompanhados de uma compreensão cada vez maior do mundo a seu redor - compreensão orientada por sua capacidade de observação e memória e suas interações verbais com seu pai. Juntas, essas influências físicas, cognitivas e sociais ajudaram-na a expressar seus pensamentos e suas emoções através da arte.

Neste capítulo, examinaremos o desenvolvimento físico e cognitivo dos 3 aos 6 anos. Nessa faixa etária, as crianças crescem mais devagar do que antes, mas ainda em ritmo acelerado, e fazem tanto progresso no desenvolvimento e na coordenação dos músculos, que são capazes de fazer muito mais coisas. As crianças também fazem enormes avanços na capacidade de pensar, falar e lembrar. Neste capítulo, descreveremos todas essas capacidades de desenvolvimento e analisaremos diversas preocupações importantes. Também avaliaremos a experiência cada vez mais comum da educação na segunda infância.

Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. Que modificações ocorrem nos corpos das crianças entre os 3 e 6 anos e quais são suas necessidades nutricionais?
2. Que padrões e problemas de sono tendem a se desenvolver durante a segunda infância?
3. Quais são as principais realizações motoras da segunda infância?
4. Quais são os principais riscos à saúde e à segurança para as crianças?
5. Quais são os típicos avanços cognitivos e os aspectos imaturos do pensamento das crianças pequenas?
6. Como a linguagem aperfeiçoa-se e o que acontece quando seu desenvolvimento se atrasa?
7. Que capacidades de memória expandem-se na segunda infância?
8. Como se mede a inteligência de crianças pré-escolares e quais algumas das influências sobre elas?
9. Quais são as finalidades da educação na segunda infância e como as crianças fazem a transição para a pré-escola?

Desenvolvimento Físico

Aspectos do Desenvolvimento Físico

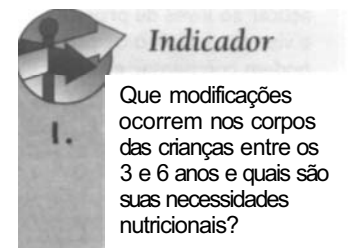
Na segunda infância, as crianças tornam-se mais finas e compridas. Elas precisam de menos sono do que antes e tendem mais a desenvolver problemas de sono. Aperfeiçoam suas capacidades de correr, saltar e arremessar bolas. Também melhoram sua capacidade de amarrar os cadarços (com laços em vez de nós), desenhar com lápis (sobre papel em vez de nas paredes) e servir cereais (na tigela, e não no assoalho); também começam a demonstrar preferência pela mão direita ou esquerda.

Crescimento e Mudança Corporal

Em torno dos 3 anos, as crianças começam a assumir a aparência delgada e atlética da infância. A medida que se desenvolvem os músculos abdominais, a barriga redonda de antes se comprime. O tronco, os braços e as pernas tornam-se mais compridos. A cabeça ainda é relativamente grande, mas as outras partes do corpo continuam aumentando, fazendo com que as proporções corporais tornem-se mais semelhantes às de um adulto.

A marca sobre a parede que indica a altura de Eve aos 3 anos está um pouco acima de 94 cm do chão, e agora ela pesa mais do que 14 kg. O irmão gêmeo dela, Isaac, como a maioria dos meninos dessa idade, é ligeiramente mais alto e pesado e tem mais músculo por quilo de peso corporal, ao passo que Eve, como a maioria das meninas, tem mais tecido gorduroso. Tanto meninas como meninos costumam crescer de 5 a 13 cm por ano durante a segunda infância e adquirem de 1,8 a 2,7 kg ao ano. A pequena vantagem em altura e peso dos meninos continua até o surto de crescimento da puberdade.

Essas mudanças na aparência refletem desenvolvimentos no interior do corpo. O desenvolvimento muscular e esquelético continua, tornando as crianças mais fortes. As cartilagens transformam-se em ossos em ritmo mais acelerado do que antes, e os ossos tornam-se mais duros, dando à criança uma forma mais firme e protegendo órgãos internos. Essas mudanças, coordenadas pelo amadurecimento do cérebro e do sistema nervoso, promovem o desenvolvimento de uma ampla gama de habilidades motoras. A maior capacidade dos sistemas respiratório e circulatório pro-



duzem vigor físico e, juntamente com o desenvolvimento do sistema imunológico, mantém as crianças mais saudáveis.

Nutrição e Dentição

As crianças em idade pré-escolar comem menos do que os bebês proporcionalmente a seu tamanho; como o crescimento desacelera-se precisam de menos calorias por quilo de peso corporal. As crianças que comem quando sentem fome e não são pressionadas a comer tudo que lhes é oferecido tendem mais a regular seu próprio consumo calórico do que aquelas que são alimentadas em horários fixos (Johnson e Birch, 1994). Em um estudo sobre alimentação auto-regulada, 15 crianças de 2 a 5 anos consumiram aproximadamente o mesmo número de calorias diárias por seis dias, ainda que, muitas vezes, comessem muito pouco em uma refeição e muito em outra (Birch, Johnson, Andersen, Peters e Schulte, 1991).

Apenas cerca de 30% das calorias totais ingeridas por crianças com mais de 2 anos devem ser provenientes de gordura e menos de 10% do total de gordura saturada. As carnes magras e os laticínios devem permanecer na dieta como fonte de proteína, ferro e cálcio. O leite e outros laticínios agora podem ser desnatados ou com baixo teor de gordura (AAP Committee on Nutrition, 1992a). Um estudo que acompanhou um grupo predominantemente hispânico de 215 crianças de 3 a 4 anos de idade durante o período de um a dois anos não constatou efeitos negativos de uma dieta com baixo teor de gordura sobre altura, peso ou massa corporal (Shea et al., 1993).

A obesidade hoje é mais comum entre crianças pré-escolares (especialmente entre as meninas, que tendem a ser menos ativas do que os meninos) do que há um quarto de século. Entre o início da década de 70 e 1994, a proporção de meninas de 4 e 5 anos que estavam acima do 95% nas curvas padrão de crescimento do peso em relação à altura aumentaram de 5,8 para 10,8%; para os meninos, o aumento foi de 4,4 para 5% (Ogden et al., 1997).

Embora um bebê obeso geralmente não seja motivo de preocupação, uma criança obesa pode ser. Crianças com sobrepeso, em especial aquelas cujos pais têm sobrepeso, tendem a se tornar adultos com excesso de peso (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel e Dietz, 1997), e o excesso de massa corporal pode ser uma ameaça à saúde. A tendência à obesidade é em parte hereditária, mas também depende do consumo de gordura e do exercício físico (Jackson et al., 1997; Klesges, Klesges, Eck e Shelton, 1995; Leibel, 1997; Ogden et al., 1997). O período da segunda para a terceira infância é indicado para tratar a obesidade, quando a dieta de uma criança ainda está sujeita à influência ou ao controle dos pais (Whitaker et al., 1997). A obesidade é discutida adicionalmente nos Capítulos 9 e 11.

Aos 3 anos todos os dentes primários ou dentes de leite estão no lugar. Os dentes permanentes, que começarão a aparecer em torno dos 6 anos, estão se desenvolvendo. As cáries dentárias são um grande problema entre crianças carentes; mais de 90% de crianças de 3 a 5 anos que participam de programas governamentais educacionais têm cáries. As cáries na segunda infância, muitas vezes, resultam do consumo excessivo de leite e sucos com açúcar no primeiro ano de vida, aliado à falta de higiene dental regular, e a dor decorrente de infecção pode contribuir para um atraso no crescimento por interferir na alimentação e no sono normais. Em um estudo com 300 crianças de 3 anos, quase 14% daquelas que tinham cáries profundas pesavam menos do que 80% de seu peso ideal. Depois de um ano e meio de reabilitação dentária, essas crianças recuperaram o peso em relação a um grupo de comparação que tinha tido dentes relativamente normais e peso normal (Acs, Shulman, Ng e Chussid, 1999).

Padrões e Problemas de Sono

Os padrões de sono mudam ao longo da vida, e a segunda infância tem seus próprios ritmos distintos. As crianças pequenas geralmente dormem mais profundamente à noite do que em fases posteriores da vida, mas a maioria delas ainda necessita de uma soneca ou repouso tranquilo durante o dia até aproximadamente os 5 anos.

As expectativas culturais afetam esses padrões. Crianças de diferentes culturas podem dormir o mesmo número de horas diárias, mas os horários podem variar. Em muitas culturas tradicionais, como os gusii do Quênia, os javaneses da Indonésia e os zuni do Novo México, as crianças pequenas não têm uma hora regular para dormir e

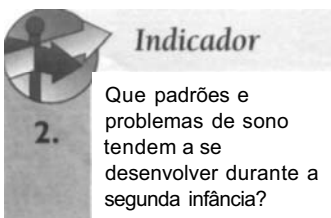
Pense sobre isso...

- Muitos comerciais de televisão dirigidos a crianças pequenas fomentam a má nutrição ao promoverem alimentos com gorduras e açúcar ao invés de proteínas e vitaminas. Como os pais podem compensar essas pressões?

VERIFICADOR

Você é capaz de...

- ✓ Descrever as alterações fisiológicas típicas em torno dos 3 anos?
- ✓ Resumir as necessidades de alimentação das crianças pré-escolares e explicar por que a obesidade e as cáries podem ser preocupantes nesta idade?



podem ficar acordadas assistindo às atividades dos adultos até sentirem sono. Entre os *hàre canadenses*, crianças de 3 anos não tiram sonecas, mas são postas para dormir logo após o jantar e podem dormir o quanto desejarem pela manhã (Broude, 1995).

As crianças pequenas que têm horários designados para dormir, como é comum nos Estados Unidos, podem desenvolver rotinas complexas para adiar a hora de ir para a cama e podem levar mais tempo do que antes para adormecer. Cerca de 20 a 30% das crianças nos primeiros 4 anos de vida *se debatem* por mais de uma hora antes de dormir e despertam os pais com frequência à noite (Lozoff, Wolf e Davis, 1985).

As crianças tendem a preferir que se deixe uma luz acesa e a dormir com um brinquedo ou cobertor predileto (Beltramini e Hertzog, 1983). Esses **objetos transicionais**, freqüentemente utilizados como parceiros na hora de dormir, ajudam a criança a passar da dependência do primeiro ano de vida para a independência da infância posterior. Os pais, às vezes, se preocupam quando seu filho não consegue adormecer sem um cobertor velho ou bichinho de brinquedo, mas essa preocupação parece infundada. Em um estudo longitudinal, crianças de 11 anos que aos 4 insistiam em levar objetos cariciáveis para a cama eram atualmente extrovertidas, sociáveis com os adultos e auto-confiantes; gostavam de brincar sozinhas e não tinham tendência a se preocupar. Aos 16, sua adaptação era tão boa quanto a de crianças que não haviam utilizado objetos transicionais (Newson, Newson e Mahalski, 1982).

Andar e falar durante o sono é bastante comum na segunda infância, e geralmente isso não é prejudicial. Contudo, perturbações persistentes do sono podem indicar um problema emocional que precisa ser examinado.

Perturbações do Sono

Cerca de 25% das crianças de 3 a 8 anos, principalmente os meninos, sofrem de terror noturno ou pesadelos (Hartmann, 1981). Uma criança que sofre de *terror noturno* acorda-se abruptamente do sono profundo em um estado de pânico. A criança pode gritar e sentar-se na cama, respirando aceleradamente com olhos esbugalhados. Mas ela não está realmente desperta, acalma-se rapidamente e, na manhã seguinte, não tem lembrança alguma disso. Os terrores noturnos alarmam mais os pais do que os filhos e podem ser apenas um efeito do sono muito profundo; raramente representam um problema emocional grave e, de modo geral, desaparecem aos 6 anos. Caso sejam graves e duradouros e ocorram uma vez por semana ou mais, alguns médicos prescrevem um tratamento de curto prazo com um anti-histamínico ou antidepressivo (McDaniel, 1986).

Um *pesadelo* é um sonho assustador, muitas vezes, causado por ficar acordado até muito tarde, fazer uma refeição pesada próximo à hora de dormir ou por excesso de excitação - por exemplo, assistindo a um programa de televisão muito estimulante. Diferentemente dos terrores noturnos, que costumam acontecer em menos de uma hora depois de adormecer, os pesadelos ocorrem pouco antes do amanhecer e, muitas vezes, são nitidamente recordados. Um sonho ruim ocasional não é motivo de preocupação, mas pesadelos freqüentes ou persistentes, especialmente aqueles que deixam a criança temerosa ou ansiosa nas horas despertas, podem indicar excesso de estresse. Um tema que se repete pode apontar para um problema específico que a criança não consegue resolver quando acordada.

Molhando a Cama

A maioria das crianças permanece seca, dia e noite, dos 3 aos 5 anos, mas a **enurese**, repetida urinação nas roupas ou na cama, é comum, principalmente à noite. Uma criança pode ser diagnosticada como portadora de enurese primária ou persistente se a urinação ocorre pelo menos duas vezes por semana por pelo menos três meses após os 5 anos, ou se o problema está causando considerável estresse ou sendo prejudicial na escola ou em outras atividades cotidianas. Cerca de 7% dos meninos de 5 anos e 3% das meninas molham a cama regularmente, mas a maioria supera o problema sem auxílio especial (American Psychiatric Association [APA], 1994). Menos de 1% daqueles que molham a cama são portadores de algum distúrbio físico. E a enurese persistente não é basicamente um problema emocional.

A enurese é transmitida geneticamente. Cerca de 75% dos afetados possuem um parente próximo que também sofre do problema, e gêmeos idênticos são mais concordantes para a condição do que gêmeos fraternos (APA, 1994; Fergusson, Horwood e Shannon, 1986). A descoberta da localização aproximada de um gene ligado à enurese

objetos transicionais

Objetos utilizados com freqüência por uma criança como companheiro de sono.

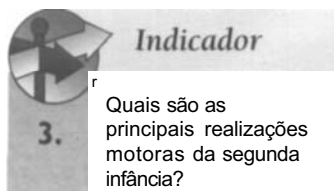
enurese

Urinar várias vezes nas roupas ou na cama.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar três problemas de sono comuns e oferecer recomendações para lidar com eles?

**habilidades motoras gerais**

Habilidades físicas, como pular e correr, que envolvem músculos maiores.

habilidades motoras refinadas

Habilidades, como copiar figuras e abotoar, as quais envolvem os músculos menores e a coordenação entre os olhos e as mãos.

sistemas de ação

Combinações cada vez mais complexas de habilidades mais simples previamente adquiridas, as quais permitem uma gama mais ampla ou mais precisa de movimentos e maior controle do ambiente.

(Eiberg, Berendt e Mohr, 1995) aponta para a hereditariedade como fator importante, possivelmente em combinação com outros fatores, como lento amadurecimento motor, alergias e fraco controle comportamental (Goleman, 1995). O gene não parece explicar episódios ocasionais de enurese.

As crianças e seus pais precisam ser tranqüilizados de que a enurese é comum e não é grave. Não se deve culpar a criança nem puni-la. Geralmente os pais não precisam fazer nada a menos que as próprias crianças encarem isso como um problema. Os tratamentos mais bem-sucedidos incluem recompensar as crianças por permanecerem secas; despertá-las quando começam a urinar, utilizando dispositivos que ativam campainhas ou sinais; ensinar as crianças a praticar o controle dos músculos do esfíncter e distender a bexiga (Rappaport, 1993). Como último recurso, hormônios ou antidepressivos podem ser administrados por um breve período (Goleman, 1995b; McDaniel, 1986).

Habilidades Motoras

Entre os 3 e 6 anos, as crianças fazem grandes avanços nas **habilidades motoras gerais**, como correr e pular, que envolvem os grandes músculos (ver Tabela 7-1). O desenvolvimento das áreas sensória e motora do córtex permite melhor coordenação entre o que as crianças querem fazer e o que sabem fazer. Seus ossos e músculos são mais fortes, e sua capacidade respiratória é maior, tornando possível correr, saltar e escalar maiores distâncias, com mais rapidez e melhor.

As crianças variam em competência, dependendo de sua herança genética e de suas oportunidades para aprender e praticar as habilidades motoras. As que têm menos de 6 anos de idade raramente estão preparadas para participar de qualquer esporte organizado. Somente 20% de crianças de 4 anos conseguem arremessar bem uma bola, e apenas 30% conseguem agarrar bem (AAP Committee on Sports Medicine and Fitness, 1992). O desenvolvimento físico floresce melhor em brincadeiras ativas e não-estruturadas.

As **habilidades motoras refinadas**, como abotoar camisas e desenhar figuras, envolvem coordenação entre mão e olho e pequenos músculos. Progressos nessas habilidades permitem que as crianças pequenas assumam mais responsabilidade por seu cuidado pessoal. Aos 3 anos, Winnie sabe servir leite em sua tigela de cereais, comer com talheres e utilizar o banheiro sozinha. Ela também sabe desenhar um círculo e uma pessoa rudimentar - sem braços. Aos 4, Michael sabe se vestir sem ajuda. Sabe recortar sobre uma linha, desenhar uma pessoa bastante completa, fazer desenhos e letras grossas e produzir um triângulo duplo dobrando papel. Aos 5, Juan sabe se vestir sem muito auxílio, copiar um quadrado ou triângulo e desenhar uma pessoa com maior detalhamento do que antes.

A medida que desenvolvem ambos os tipos de habilidades motoras, as crianças pré-escolares continuamente mesclam as capacidades que já possuem com aquelas que estão adquirindo para produzir capacidades mais complexas. Essas combinações de habilidades são conhecidas como **sistemas de ação**.

Tabela 7-1 Habilidades Motoras Gerais na Segunda Infância

Crianças de 3 anos	Crianças de 4 anos	Crianças de 5 anos
Não são capazes de virar ou parar súbita ou rapidamente	Tem controle mais eficaz para parar, iniciar e virar	São capazes de iniciar, virar e parar eficazmente em jogos
São capazes de saltar a uma distância de 30 a 60 cm	São capazes de saltar a uma distância de 60 a 84 cm	Podem saltar correndo a uma distância de 71 a 91 cm
São capazes de subir escadas sem se apoiar, alternando os pés	São capazes de descer uma escada comprida alternando os pés, se apoiadas	São capazes de descer uma escada comprida sem apoio, alternando os pés
São capazes de pular, utilizando principalmente uma série irregular de saltos com algumas variações	São capazes de pular de 4 a 6 passos sobre um dos pés	São capazes de ir saltando a uma distância de 4,8 m com facilidade



As crianças fazem progressos significativos em suas habilidades motoras durante o período pré-escolar. À medida que se desenvolvem fisicamente, aumenta sua capacidade de fazer com que seus corpos façam o que elas desejam. O desenvolvimento dos músculos maiores lhes permite correr ou andar sobre um triciclo; o aumento da coordenação olho-mão lhes ajuda a utilizar tesouras ou "pauzinhos". Os deficientes físicos são capazes de muitas atividades normais com o auxílio de dispositivos especiais.



Uso das Mãos

A **preferência no uso das mãos**, isto é, preferir usar a mão direita ou esquerda, geralmente se evidencia aos 3 anos. Como o hemisfério esquerdo do cérebro, que controla o lado direito do corpo, costuma ser dominante, a maioria das pessoas prefere seu lado direito. Em pessoas cujos cérebros são mais simétricos, o hemisfério direito tende a dominar, tornando-as canhotas. A preferência no uso das mãos nem sempre é definida; nem todo mundo prefere uma das mãos para todas as tarefas. Os meninos são mais propensos a serem canhotos do que as meninas.

A preferência no uso das mãos é genética ou adquirida? Eis uma questão controversa. Uma nova teoria propõe a existência de um único gene para a preferência no uso das mãos. De acordo com essa teoria, as pessoas que herdaram esse gene de um ou ambos os pais - cerca de 82% da população - são destros. Aquelas que não herdaram o gene ainda têm 50% de chances de serem destros; de outra forma serão canhotas ou ambidestros. A determinação aleatória da preferência no uso das mãos entre os que não recebem o gene poderia explicar por que alguns gêmeos monozigóticos possuem preferências diferentes, bem como porque 8% dos filhos de pais destros são canhotos. A teoria previu quase perfeitamente a proporção de filhos canhotos em uma amostra de três gerações de famílias recrutadas por anúncios (Klar, 1996).

preferência no uso das mãos

Preferência pela utilização de uma das mãos.

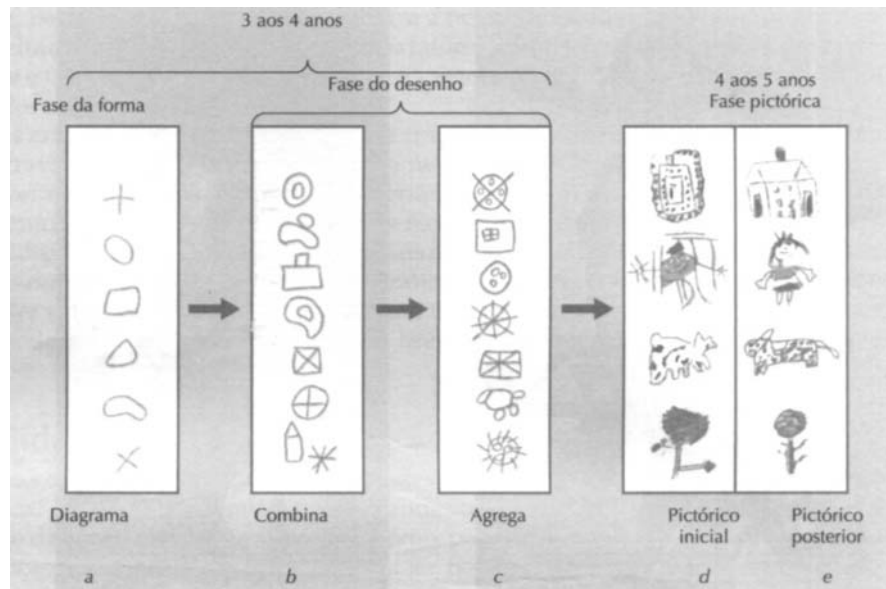
VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Relacionar pelo menos três habilidades motoras gerais e três habilidades motoras refinadas e dizer quando elas costumam se desenvolver?
- ✓ Dizer de que forma o funcionamento cerebral se relaciona com as habilidades físicas e com a preferência no uso das mãos?

Figura 7-1

Desenvolvimento artístico na primeira infância. Existe uma grande diferença entre as formas muito simples apresentadas em (a) e os desenhos pictóricos detalhados em (e). O desafio para os adultos é encorajar a criatividade das crianças e, ao mesmo tempo, reconhecer sua facilidade cada vez maior para desenhar.



Pense sobre isso...

- Os desenhos das crianças na fase pictórica inicial demonstram energia e liberdade; os da fase pictórica posterior demonstram cuidado e correção. Em sua opinião, por que ocorrem essas mudanças? Como você as avaliaria?

Desenvolvimento Artístico

As mudanças nos desenhos das crianças pequenas parecem refletir a maturação do cérebro e dos músculos (Kellogg, 1970; ver figura 7-1). Crianças de 2 anos *rabiscam* - não aleatoriamente, mas em padrões, como linhas verticais e em ziguezague. Aos 3 anos, as crianças desenhavam *formas* - círculos, quadrados, retângulos, triângulos, cruzeiros e xis - e então começam a combinar as formas para formar *desenhos* mais complexos. A fase *pictórica* tipicamente se inicia entre 4 e 5 anos; Wahg Yani alcançou essa fase aos 3.

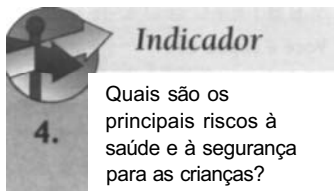
A transição da forma e do desenho abstratos para a representação de objetos reais marca uma mudança fundamental no propósito dos desenhos infantis, refletindo o desenvolvimento cognitivo da capacidade representacional. Entretanto, a maior correção pictórica - frequentemente encorajada pelos adultos - pode sacrificar a energia e a liberdade que caracterizam os primeiros esforços das crianças. Isso não ocorreu com Yani. Embora seu pai tenha-se absterido de influenciar o estilo artístico dela, deu-lhe grandes folhas de papel e treinou-a para pintar com o braço inteiro, usando tanto os músculos grandes como os pequenos. As formas pictóricas dela mantiveram o caráter fluido e semi-abstrato que lhe garantiam originalidade.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar quatro etapas do desenvolvimento artístico inicial?

Saúde e Segurança



Indicador

Quais são os principais riscos à saúde e à segurança para as crianças?

O que antes costumava ser um período muito vulnerável da vida é hoje muito mais seguro. Por causa da imunização generalizada, muitas das principais doenças da infância são atualmente bastante raras nos países ocidentais industrializados. Nos países em desenvolvimento, contudo, doenças evitáveis por vacinação, como sarampo, coqueluche (tosse convulsa) e tuberculose, ainda fazem muitas vítimas. As infecções diarreicas são responsáveis por quase um quinto dos 11,2 milhões de óbitos de crianças com menos de 5 anos nessas regiões anualmente (Wegman, 1999; ver Figura 7-2).

Nos Estados Unidos, as taxas de mortalidade infantil por qualquer tipo de doença diminuíram nos últimos anos (National Center for Health Statistics [NCHS], 1998a). As mortes na infância são relativamente poucas se comparadas com as mortes na idade adulta, e a maioria é causada por dano, e não por doença (NCHS, 1998a). Mesmo assim, influências ambientais fazem com que essa época seja menos saudável para algumas crianças do que para outras.



Figura 7-2

Principais causas de morte em crianças com menos de 5 anos nos países em desenvolvimento em 1995. Total de óbitos: 11,2 milhões.

Fonte: Adaptado de Wegman, 1999, p. 651; dados da Organização Mundial da Saúde.

Doenças Pouco Graves

Tosses, resfriados, dores de barriga e nariz correndo fazem parte da segunda infância. Essas doenças menores costumam durar alguns dias e raramente são graves o suficiente para necessitar de auxílio médico. Uma vez que os pulmões não estão plenamente desenvolvidos, os problemas respiratórios são comuns, embora menos do que no primeiro ano de vida. Crianças de 3 a 5 anos apresentam em média sete a oito resfriados e outras doenças respiratórias ao ano. Isso é bom, pois essas enfermidades ajudam a construir imunidade natural (resistência à doença). Durante a segunda infância, quando o sistema respiratório está mais plenamente desenvolvido, as crianças têm em média menos do que seis episódios dessas doenças por ano (Denny e Clyde, 1983). Doenças menores também podem ter benefícios emocionais e cognitivos. A repetida experiência com doença ajuda as crianças a lidar com o sofrimento físico e a compreender suas causas, aumentando seu senso de competência (Parmelee, 1986).

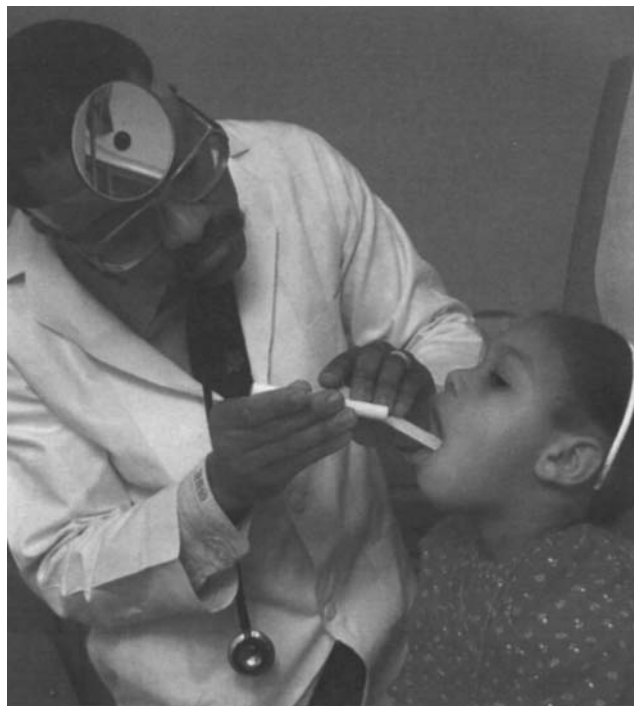
Ferimentos Acidentais

As crianças pequenas são naturalmente aventureiras e, muitas vezes, não percebem os perigos, e por isso é difícil protegê-las sem *superprotegê-las*. Embora alguns cortes, algumas batidas e alguns arranhões se "curem com beijinhos" e sejam rapidamente esquecidos, alguns ferimentos acidentais resultam em dano permanente ou morte. Na verdade, os acidentes são a principal causa de morte durante a infância e a adolescência nos Estados Unidos. A maioria dessas mortes são causadas por ferimentos em veículos motores (Rivara, 1999; NCHS, 1998a). As mortes por ferimentos em pedestres caíram 65% desde o final dos anos de 1970, mas o risco de dano cerebral grave e incapacitação permanente por traumatismo craniano continua alto (Rivara, 1999).

Muitas mortes em colisões de automóveis podem ser evitadas. Todos os 50 Estados norte-americanos e o Distrito de Colúmbia possuem leis que exigem que as crianças andem presas nos automóveis, seja em assentos especialmente projetados, seja nos cintos de segurança convencionais. Crianças de 4 anos que são "promovidas" dos bancos dos carros para o colo e para os cintos transversais podem precisar de cadeirinhas auxiliares até crescerem. Os *airbags* projetados para inflarem rapidamente de modo a proteger adultos que andam no banco da frente de um carro em colisões de alto impacto *aumentam* o risco de ferimento fatal em crianças com menos de 13 anos em até 34% (Rivara, 1999). Portanto, é mais seguro que as crianças pequenas sempre andem no banco traseiro.

As leis que exigem tampas "à prova de criança" em frascos de remédios, uso obrigatório de capacetes por parte de ciclistas e armazenagem segura de armas de fogo aumentaram a segurança das crianças. Nos 12 Estados que aprovaram leis proibindo o

Embora as dores de garganta e outras enfermidades menores sejam comuns entre crianças de 3 e 6 anos, geralmente elas não exigem uma consulta médica. Esta criança de 5 anos provavelmente terá menos resfriados e dores de garganta nos próximos anos, à medida que seus sistemas respiratório e imunológico forem amadurecendo.



VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar dois benefícios das enfermidades menores?
- ✓ Dizer onde e como as crianças pequenas tendem a se ferir e como isso pode ser evitado?

acesso de crianças a armas, as mortes por disparos acidentais de crianças com menos de 15 anos diminuíram 23% (Cummings, Grossman, Rivara e Koepsell, 1997). Mesmo assim, os Estados Unidos têm disparado as maiores taxas de mortes na infância por homicídio, suicídio e ferimentos não-intencionais relacionados a armas de fogo entre 26 países industrializados. De todas as mortes relacionadas a armas de fogo entre crianças com menos de 15 anos, segundo o relatório anual mais recente de cada um desses países, 86% ocorreram nos Estados Unidos ("Rates of Homicide", 1997).

Outra medida valiosa seria tornar os pátios de recreação mais seguros. Estima-se que 3% das crianças sob assistência diurna sofrem anualmente ferimentos que exigem cuidados médicos, e aproximadamente a metade dos acidentes em creches ocorrem nos pátios de recreação. Quase 20% deles resultam de quedas, muitas vezes provocando traumatismo craniano e danos cerebrais (Briss, Sacks, Addiss, Kresnow e O'Neil, 1994).

Contudo, as crianças têm menos chances de se machucarem nas creches do que em casa ou em volta dela (Thacker, Adiss, Goodman, Holloway e Spencer, 1992), onde ocorrem a maioria dos acidentes não-automotores fatais. As crianças afogam-se em banheiras, piscinas e baldes contendo líquidos (e também em lagos, rios e oceanos); se queimam com líquidos ou vapores ou em incêndios e explosões; caem de alturas; ingerem substâncias venenosas; são apanhadas por engrenagens mecânicas e morrem sufocadas em armadilhas, como refrigeradores abandonados. Outro local perigoso é o carrinho de supermercado (U. S. Consumer Product Safety Commission, 1991).

A Saúde em Contexto: Influências Ambientais

Por que algumas crianças têm mais doenças ou ferimentos do que outras? A herança genética contribui: algumas crianças parecem ter predisposição para certos problemas de saúde. Além disso, como previsto pela teoria bioecológica de Bronfenbrenner, o lar, as instalações das creches, o bairro e a sociedade mais ampla desempenham papéis importantes.

Exposição a Estresse

O **estresse** é uma resposta a exigências físicas ou psicológicas. Situações familiares que envolvem estresse aumentam a vulnerabilidade à doença e aos acidentes. Em um estudo com todas as crianças nascidas no Tennessee entre 1985 e 1994, as nascidas de mães

estresse

Reação às demandas físicas ou psicológicas.

com menos de 20 anos, com menos do que o ensino médio e com outros três ou mais filhos para criar tinham 15 vezes mais chances de morrer por ferimentos antes dos 5 anos do que crianças cujas mães tinham curso superior, mais de 30 anos e menos do que outros três filhos. Se a taxa de mortalidade para todas as crianças pudesse ser reduzida à taxa desse grupo de risco mais baixo, as mortes por ferimentos poderiam ser reduzidas em mais de 75% (Scholer, Mitchel e Ray, 1997). Os programas de visitas domésticas para ensinar os pais a utilizar restrições nos carros e detectores de fumaça, diminuir os termostatos de aquecedores de água para evitar queimaduras e tomar outras medidas de segurança podem reduzir consideravelmente os acidentes (Roberts, Kramer e Suissa, 1996).

Eventos estressantes na família, como mudanças, troca de emprego, divórcio e falecimento estão relacionadas com maior frequência a doenças menores e acidentes domésticos. Em um estudo, as crianças cujas famílias tinham experimentado 12 ou mais eventos estressantes tinham mais do que o dobro de chances de terem que ir ao hospital quando comparadas com crianças de famílias que haviam sofrido menos do que quatro eventos traumáticos (Beautrais, Fergusson e Shannon, 1982). O ingresso na creche é estressante para muitas crianças. As crianças também podem ser afetadas pelo estresse dos adultos. Um adulto perturbado pode esquecer ou de garantir que uma criança lave-se antes de comer, ou de fechar um portão, ou de colocar uma xícara de café quente, uma faca de cozinha ou um líquido de limpeza em local seguro (Craft, Montgomery e Peters, 1992).

Exposição ao Fumo

O hábito de fumar dos pais é uma importante causa evitável de doença e morte na infância. Nos Estados Unidos, 43% das crianças de 2 meses a 11 anos vivem com fumantes e são expostas diariamente à fumaça secundária (Pirkle et al., 1996). Essa exposição passiva aumenta o risco de ocorrência de diversos problemas de saúde, incluindo pneumonia, bronquite, doenças infecciosas graves, otite média (infecção no ouvido médio), queimaduras e asma. Também pode provocar câncer na idade adulta (Aligne e Stoddard, 1997; AAP Committee on Environmental Health, 1997; U. S. Environmental Protection Agency, 1994). O Comitê de Saúde Ambiental (AAP, 1997) recomenda que as crianças sejam criadas em um ambiente livre de fumaça.

Pobreza

A pobreza é estressante, insalubre e perigosa. A baixa renda é o *principal* fator associado à má saúde de crianças e adolescentes, além da raça e da estrutura familiar (Montgomery, Kiely e Pappas, 1996; ver Tabela 7-2).

A proporção de crianças pobres nos Estados Unidos está aumentando: quase 1 em 5 em 1997, comparada com aproximadamente 1 em 7 em 1973. As famílias jovens foram particularmente mais atingidas. Embora a pobreza atinja todas as partes da população, ela ataca as minorias desproporcionalmente. Aproximadamente 37% das crianças negras e 36% das crianças hispânicas são pobres, comparado com 11% das crianças brancas. Mesmo assim, 3 de cada 5 crianças pobres são brancas, 1 de cada 3 vive em zonas residenciais, 1 de cada 3 vive com pais casados, e 2 de 3 têm pais que trabalham (Chil-

Tabela 7-2 Más Consequências da Pobreza sobre a Saúde das Crianças

Consequência	Maior Risco de Crianças Pobres em Relação a Crianças Não-Pobres
Morte na infância	1,5 a 3 vezes mais chances
Paralisação do crescimento	2,7 vezes mais chances
Deficiência de ferro na época da pré-escola	3 a 4 vezes mais chances
Surdez parcial ou total	1,5 a 2 vezes mais chances
Cegueira parcial ou total	1,2 a 1,8 vez mais chances
Incapacidade física ou mental	Cerca de 2 vezes mais chances
Ferimentos fatais	2 a 3 vezes mais chances
Pneumonia	1,6 vez mais chances

Fonte: Adaptado de Children's Defense Fund, 1998, p. xiv; de Sherman, 1997.

dren's Defense Fund, 1998; Federal Interagency Fórum on Child and Family Statistics, 1999). As taxas de pobreza infantil nos Estados Unidos são de 1,5 a 8 vezes mais altas do que as de outros importantes países industrializados (Children's Defense Fund, 1996, 1997a; ver Figura 7-3).

Os problemas de saúde de crianças pobres, muitas vezes, começam antes do nascimento. Muitas mães pobres não comem bem e não recebem assistência pré-natal adequada; seus bebês são mais propensos do que os de mães não-pobres a ter baixo peso natal ou morrer no primeiro ano de vida (NCHS, 1998a). As crianças pobres que não comem corretamente não crescem de forma adequada e assim são fracas e suscetíveis a doenças. Muitas famílias pobres vivem em casas superlotadas e sem condições de higiene, e as crianças podem carecer de supervisão adequada, sobretudo quando os pais estão trabalhando. Mais do que outras crianças, elas tendem a sofrer envenenamento por chumbo, perda de audição e visão, e anemia por deficiência de ferro, assim como problemas relacionados a estresse, como asma, cefaléia, insônia e perturbações intestinais. Elas também tendem a ter mais problemas de comportamento, perturbações psicológicas e deficiências de aprendizagem (Brown, 1987; Egbuono e Starfield, 1982; Santer e Stocking, 1991; Starfield, 1991).

Aproximadamente 12% das crianças pobres possuem níveis elevados de chumbo no sangue, comparado com apenas 2% de crianças mais abastadas (Lanphear, Weitzman e Eberly, 1996; McLoyd, 1998; NCHS, 1998a). O envenenamento por chumbo pode interferir seriamente no desenvolvimento cognitivo e causar diversos problemas neurológicos e comportamentais (Needleman, Riess, Tobin, Biesecker e Greenhouse, 1996; Tesman e Hills, 1994), além de convulsões, retardo mental ou morte (AAP Committee on Environmental Health, 1993). Entretanto, é totalmente evitável eliminarmos as fontes de chumbo, como tintas à base de chumbo, do ambiente das crianças (Tesman e Hills, 1994). Limpezas regulares e completas da casa para remover o pó de chumbo podem ser bastante eficazes (Rhoads et al., 1999). Alguns dos efeitos de envenenamento

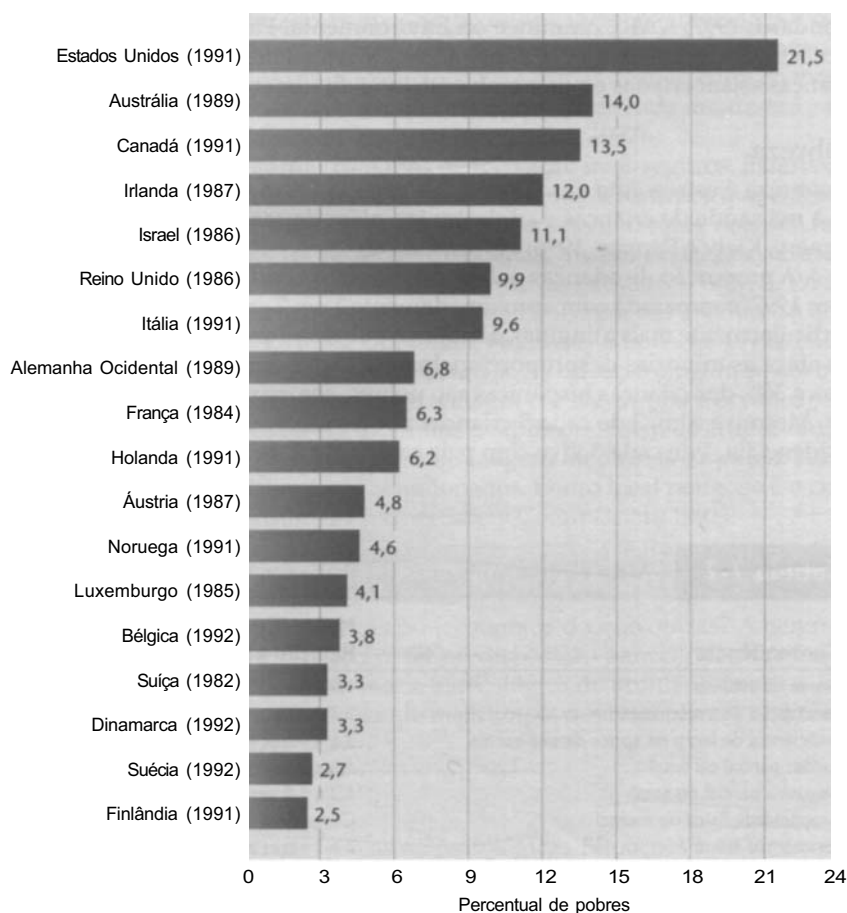


Figura 7-3

Taxas de pobreza infantil em 18 países industrializados. A taxa de pobreza para crianças nos Estados Unidos é maior do que a de 17 outros países industrializados; contudo, as crianças de classe média e alta têm nos Estados Unidos situação muito melhor do que nesses outros países.

(Fonte: Luxembourg Income Study; reimpresso no Children's Defense Fund, 1996,p.6.)

grave por chumbo podem ser irreversíveis (AAP Committee on Environmental Health, 1993). O envenenamento moderado por chumbo pode ser tratado (Ruff, Bijur, Markowitz, Ma e Rosen, 1993), mas talvez a redução de exposição não reverta totalmente os efeitos cognitivos (Tong, Baghurst, Sawyer, Burns e Michael, 1998).

Muitas crianças pobres não recebem a assistência médica de que necessitam, muitas vezes, porque não possuem um plano de saúde (NCHS, 1998a). As crianças negras e hispânicas têm maior probabilidade de não possuir assistência e seguro regulares do que crianças brancas (Federal Interagency Fórum on Child and Family Statistics, 1999; Simpson, Bloom, Cohen e Parsons, 1997). Entre 1977 e 1996, a proporção de crianças desassistidas cresceu 14%, geralmente devido à perda da cobertura garantida pelo empregador (Children's Defense Fund, 1998). Em 1997, estimados 10 milhões de crianças - uma de cada sete - não tinham nenhum plano de saúde (Health Care Financing Administration, 1997).

Nos Estados Unidos, "redes de segurança" importantes para crianças carentes são o Auxílio a Famílias com Crianças Dependentes (Aid to Families with Dependent Children, AFDC) e o Medicaid, programas financiados pelo governo federal. O AFDC foi eliminado, sendo que a responsabilidade pela previdência social foi transferida para os Estados, e o Medicaid não se expandiu com a rapidez necessária para compensar as perdas nas coberturas dos seguros privados (Children's Defense Fund, 1998). Em 1997, o governo federal autorizou a liberação do equivalente a 24 bilhões de dólares em recursos por um período de cinco anos para ajudar os Estados a expandir a assistência médica para crianças desassistidas (Health Care Financing Administration, 1997).

Falta de Moradia

Estima-se que 43% dos 2,5 a 3 milhões de pessoas sem moradia nos Estados Unidos são famílias com crianças, o segmento que mais cresce nessa população (AAP Committee on Community Health Services, 1996). Geralmente essas famílias são chefiadas por mães solteiras em seus 20 anos (Buckner, Bassuk, Weinreb e Brooks, 1999). Uma vez que as moradias de baixo custo tornaram-se escassas em uma economia em expansão, a falta de moradia tornou-se mais generalizada (Children's Defense Fund, 1998).

Muitas crianças sem moradia passam os primeiros anos de vida em ambientes instáveis, inseguros e, muitas vezes, anti-higiênicos. Com seus pais, são excluídas de uma comunidade de apoio, dos laços familiares e dos recursos institucionais, além de não terem pronto acesso à assistência médica e à escola (AAP Committee on Community Health Services, 1996; Bass, Brennan, Mehta e Kodzis, 1990; Bassuk, 1991; Bassuk e Rosenberg, 1990; Rafferty e Shinn, 1991).

Desde o nascimento, essas crianças sofrem mais problemas de saúde do que crianças pobres que têm um lar, além de terem mais chances de morrer no primeiro ano de vida. Elas têm três vezes mais chances do que outras crianças de não serem vacinadas,

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever as diversas influências ambientais que ameaçam a saúde e o desenvolvimento das crianças?



As crianças sem moradia que passam os primeiros anos de vida em ambientes superlotados e anti-higiênicos tendem a ter mais problemas de saúde do que as crianças que têm moradia.

Pense sobre isso...

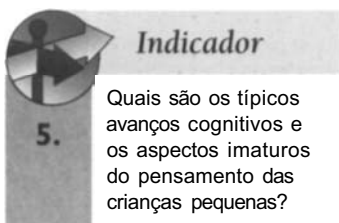
- Quem deveria ser responsável pelo bem-estar das crianças quando os pais não têm condições de oferecer alimentação, vestuário, abrigo e assistência médica adequadas: o governo, as instituições religiosas e comunitárias, o setor privado ou uma combinação deles?

e duas a três vezes mais chances de sofrer de anemia por deficiência de ferro. Têm altas taxas de diarreia; fome e desnutrição; obesidade (por ingestão excessiva de carboidratos e gordura); cáries dentárias; asma e outras doenças crônicas; infecções respiratórias, da pele, dos olhos e ouvidos; sarna e piolhos; ferimentos relacionados a traumas e níveis elevados de chumbo. As crianças sem-teto também tendem a sofrer de depressão e grave ansiedade e a ser portadoras de deficiências neurológicas e visuais, atrasos de desenvolvimento, problemas de comportamento e dificuldades de aprendizagem. (AAP Committee on Community Health Services, 1996; Bassuk, 1991; Buckner et al., 1999; Rafferty e Shinn, 1991; Rubin et al., 1996).

Para combater a falta de moradia, diversas comunidades e muitos grupos de desenvolvimento comunitário estão construindo moradias de baixo custo e recuperando bairros com o auxílio de recursos federais, estaduais e municipais e de fundações e da iniciativa privada (Children's Defense Fund, 1998).

Desenvolvimento Cognitivo

Abordagem Piagetiana: A Criança Pré-operacional



estágio pré-operacional

Na teoria de Piaget, é o segundo maior estágio de desenvolvimento cognitivo (aproximadamente dos 2 aos 7 anos), no qual as crianças tornam-se mais sofisticadas em seu uso de pensamento simbólico, mas ainda não são capazes de utilizar a lógica.

função simbólica

Na terminologia de Piaget, é a capacidade de utilizar representações mentais (palavras, números ou imagens) às quais a criança atribuiu significado.

Jean Piaget chamou a segunda infância de **estágio pré-operacional**. Neste segundo grande estágio de desenvolvimento cognitivo, que dura aproximadamente dos 2 aos 7 anos, as crianças gradualmente se tornam mais sofisticadas em seu uso de pensamento simbólico, que surge ao final do estágio sensório-motor (ver Capítulo 5). Contudo, segundo Piaget, elas não são capazes de pensar logicamente antes do estágio de operações concretas na terceira infância (Capítulo 9).

Examinemos alguns avanços e aspectos imaturos do pensamento pré-operacional (ver Tabelas 7-3 e 7-4), incluindo recentes descobertas da pesquisa, algumas das quais contestando as conclusões de Piaget.

Avanços do Pensamento Pré-operacional

Os avanços no pensamento simbólico são acompanhados pelo crescente entendimento de identidades, espaço, causalidade, categorização e número. Alguns desses entendimentos têm origem na primeira infância; outros começam a se desenvolver na segunda infância, mas não são plenamente atingidos até a terceira infância.

A Função Simbólica

"Eu quero sorvete!" declara Kerstin, de 4 anos, ao entrar em casa vindo da rua quente e empoeirada. Ela não viu nada que pudesse ter estimulado esse desejo - nenhuma porta de geladeira aberta ou algum comercial na televisão. Ela não precisa mais desse tipo de indicação sensorial para pensar sobre alguma coisa. Ela se lembra de sorvete, seu frio e seu sabor, e intencionalmente o procura. Essa ausência de indicadores sensoriais ou motores caracteriza a **função simbólica**: a capacidade de usar símbolos ou representações mentais - palavras, números ou imagens a que uma pessoa atribuiu um significado. Dispor de símbolos para as coisas ajuda as crianças a pensar sobre elas e lembrá-las sem que estejam fisicamente presentes, como fazia Wang Yani quando desejava ou pintava de memória.

As crianças demonstram a função simbólica através da imitação diferida, nas brincadeiras de faz-de-conta na linguagem. A *imitação diferida* que parece iniciar-se no primeiro ano de vida (consultar o Capítulo 5), baseia-se na manutenção de uma representação mental de uma ação observada (como inicialmente fazia Yani ao imitar seu pai desenhando com carvão). Nas *brincadeiras de faz-de-conta* (também chamadas de *jogo simbólico*, *jogo da fantasia*, *jogo dramático* ou *jogo da imaginação*), que discutiremos no Capítulo 8, as crianças fazem com que um objeto represente (simbolize) outra coisa; por exemplo, uma boneca pode representar uma criança. A *linguagem*, que discutiremos posteriormente neste capítulo, envolve o uso de um sistema comum de símbolos (palavras) para se comunicar.

Tabela 7-3 Avanços Cognitivos na Segunda Infância

Avanço	Significado	Exemplo
Uso de símbolos	As crianças não precisam estar em contato sensorio-motor com um objeto, ou evento ou com uma pessoa para pensar sobre ele. As crianças são capazes de imaginar que objetos ou pessoa possuem propriedades diferentes daquelas que elas de fato possuem.	Simon pergunta à mãe sobre os elefantes que viram em sua visita ao circo vários meses antes. Rolf faz de conta que uma rodela de maçã é um aspirador de pó funcionando sobre a mesa da cozinha.
Compreensão de identidades	As crianças sabem que alterações superficiais não mudam a natureza das coisas.	Jeffrey sabe que, embora o professor esteja fantasiado de pirata, ainda é seu professor por baixo da fantasia.
Compreensão de causa e efeito	As crianças se dão conta de que os eventos possuem causas.	Vendo uma bola vindo de trás da parede, Marie procura atrás da parede a pessoa que chutou a bola.
Capacidade de classificar	As crianças organizam objetos, pessoas e eventos em categorias com significado.	Emily divide as pinhas que catou durante uma caminhada em duas pilhas de acordo com o tamanho: "pequenas" e "grandes".
Compreensão de números	As crianças sabem contar e lidar com quantidades.	Lindsay divide um doce com as amigas, contando para assegurar que cada uma receba a mesma quantidade.
Empatia	As crianças tornam-se mais capazes de imaginar como os outros poderiam sentir-se.	James tenta consolar seu amigo quando percebe que ele está chateado.
Teoria da mente	As crianças tornam-se mais conscientes da atividade mental e do funcionamento da mente.	Jennifer quer guardar algumas bolachas para si, e por isso esconde-as de seu irmão em uma caixa de massa. Sabe que as bolachas estarão seguras ali, pois o irmão não irá procurar em um lugar onde não espera poder encontrá-las.

Compreensão de Identidades

O mundo torna-se mais organizado e previsível à medida que as crianças desenvolvem uma melhor compreensão das *identidades*: a idéia de que as pessoas e muitas coisas são basicamente as mesmas ainda que mudem de forma, tamanho ou aparência. A emergência do autoconceito está subordinada a essa compreensão (ver Capítulos 6 e 8).

Pensamento Espacial

O desenvolvimento do pensamento representacional permite às crianças fazer julgamentos mais precisos sobre as relações espaciais. Aos 19 meses, as crianças compreendem que uma fotografia é uma representação de outra coisa (DeLoache, Pierroutsakos, Uttal, Rosengren e Gottlieb, 1998), mas, até os 3 anos, têm problemas para entender as relações entre figuras, mapas ou maquetes e os objetos ou os espaços que eles representam (DeLoache, Miller e Pierroutsakos, 1998). Em um experimento, crianças de 2 anos e meio que foram informadas de que uma "máquina de encolher" havia encolhido uma sala até ela adquirir o tamanho de um modelo em miniatura foram mais bem-sucedidas para descobrir um brinquedo escondido na sala com base em sua posição no modelo (e vice-versa) do que as crianças de mesma idade a quem se disse que a "salinha" era exatamente igual ao "salão". (DeLoache, Mille e Rosengren, 1997). Segundo a **hipótese de dupla representação**, o que torna a segunda tarefa mais difícil é que ela exige que a criança represente mentalmente tanto o símbolo (a "salinha") como sua relação com o que ele representa (o "salão") ao mesmo tempo. Com a "máquina de encolher", as crianças não precisam realizar essa dupla operação, pois são informadas que a sala e o modelo são idênticos. Crianças de 3 anos não parecem ter esse problema com modelos.

As crianças em idade pré-escolar são capazes de utilizar mapas e podem transferir a compreensão espacial obtida a partir do trabalho com modelos para mapas e vice-versa (DeLoache, Miller e Pierroutsakos, 1998). Em um experimento, crianças de 4 a 7 anos que viram um mapa simples de uma casa de brinquedo aprenderam um caminho específico através da casa de brinquedo mais facilmente do que crianças que não tinham visto o mapa antes de entrar na casa de brinquedo (Uttal e Wellman, 1989).

hipótese de dupla representação

Proposta de que as crianças com menos de 3 anos têm dificuldade para entender relações espaciais devido à necessidade de manter em mente mais de uma representação mental ao mesmo

Tabela 7-4 Limites do Pensamento Pré-Operacional (segundo Piaget)

Limitação	Descrição	Exemplo
Centração: incapacidade de descentrar	As crianças concentram-se em um aspecto de uma situação e negligenciam outros.	Timothy provoca sua irmã menor dizendo que tem mais suco do que ela porque seu suco foi servido em um copo alto e estreito, mas o dela foi servido em um copo baixo e largo.
Irreversibilidade	As crianças não compreendem que algumas operações ou ações podem ser revertidas, recuperando a situação original.	Timothy não entende que o suco de cada copo pode ser recolocado na caixa de suco de onde veio, contradizendo sua afirmação de que ele tem mais suco do que a irmã.
Foco em estados, e não nas transformações	As crianças não compreendem o significado das transformações entre estados.	Em uma tarefa de conservação, Timothy não entende que transformar a forma de um líquido (vertê-lo de um recipiente para outro) não altera a quantidade.
Raciocínio transdutivo	As crianças não utilizam raciocínio dedutivo ou intuitivo; em lugar disso, saltam de um detalhe para outro e identificam uma causa onde não existe nenhuma.	Sarah foi malvada com o irmão. Então, o irmão adoeceu. Sarah conclui que ela fez o irmão ficar doente.
Egocentrismo	As crianças pensam que todo mundo pensa, percebe e sente da mesma maneira que elas.	Kara não percebe que ela precisa virar o livro para que seu pai possa ver a figura que ela está lhe pedindo para explicar. Em vez disso, segura o livro bem à sua frente, onde só ela pode vê-lo.
Animismo	As crianças atribuem vida a objetos inanimados.	Amanda diz que a primavera está tentando chegar, mas que o inverno está dizendo: "Eu não vou! Eu não vou!".
Incapacidade de distinguir aparência de realidade	As crianças confundem o que é real com a aparência externa.	Courtney está confusa com uma esponja feita para parecer uma pedra. Ela diz que se parece com uma pedra e que é realmente uma pedra.

transdução

Na terminologia de Piaget, é a tendência de uma criança pré-operacional de relacionar mentalmente determinadas experiências, existindo ou não uma relação causal lógica.

Causalidade

Embora Piaget reconhecesse que as crianças possuíssem alguma compreensão de uma conexão entre ações e reações, sustentava que as crianças pré-operacionais ainda não raciocinam logicamente sobre causa e efeito. Em vez disso, dizia ele, raciocinam por **transdução**. Vêem uma situação como base para outra, muitas vezes, uma correndo aproximadamente ao mesmo tempo, existindo ou não logicamente uma relação causal. Por exemplo, podem pensar que seus "maus" pensamentos ou comportamento causaram uma doença em si mesmas ou em outra criança, ou o divórcio de seus pais. Mas, quando testadas em situações que podem compreender, as crianças pequenas ligam causa e efeito corretamente.

Em um estudo, mostrou-se às crianças uma fila de blocos que se tocavam entre si. Quando um bastão era empurrado contra o primeiro bloco, toda a fila desabava, como dominós. Até crianças de 3 anos foram capazes de prever que a remoção de alguns dos blocos do centro impediria que os situados nos extremos caíssem. Elas também sabiam que utilizar um bastão de vidro em vez de um de madeira não faria diferença (Bullock, Gelman e Baillargeon, 1982). Ao que parece, portanto, a compreensão que as crianças pequenas têm de eventos familiares no mundo físico lhes permite pensar logicamente sobre causação, muito embora ainda não possam fazê-lo em algumas outras áreas (Wellman e Gelman, 1998).

Algumas pesquisas inclusive sugerem que crianças pré-escolares são capazes de identificar analogias entre itens familiares - capacidade que, segundo Piaget, não se desenvolve até o estágio de operações formais na adolescência. Diante de uma fotografia de uma barra de chocolate associada a uma fotografia de chocolate derretido, até algumas crianças de 3 anos percebem que o par análogo de uma fotografia de um homem das neves é um homem das neves derretido, e não um lápis derretido, um homem das neves sujo, um espantalho ou um trenó (Goswami e Brown, 1989).

As concepções irrealistas das crianças pré-escolares sobre as causas das doenças podem refletir uma crença de que todas as relações causais são igual e absolutamente previsíveis. Em uma série de experimentos, crianças de 3 a 5 anos previam, por exemplo, que todas as crianças de uma sala que brincavam com um visitante doente ficariam doentes; um grupo-controle de adultos não via esse resultado com tanta certeza. Os pré-escolares, ao contrário dos adultos, tinham tanta certeza de que uma pessoa que não lava as mãos antes de comer irá ficar doente quanto de que uma pessoa que salta para cima irá descer (Kalish, 1998).

Categorização e Compreensão Biológica

A *categorização* ou classificação exige identificação de semelhanças e diferenças. Aos 4 anos, muitas crianças são capazes de classificar por dois critérios, como cor e forma. As crianças utilizam essa capacidade para organizar diversos aspectos de suas vidas, categorizando as pessoas como "boas", "más", "amigas", "não-amigas," e assim por diante. Portanto, a categorização é uma capacidade cognitiva com implicações emocionais e sociais.

Que características distinguem coisas vivas de não-vivas? Quando Piaget perguntou a crianças pequenas se o vento e as nuvens estavam vivas, as respostas delas o levaram a pensar que elas estavam confusas sobre o que está vivo e o que não está. (A tendência a atribuir vida a objetos que não estão vivos é denominada **animismo**.) Mas quando, posteriormente, pesquisadores indagaram a crianças de 3 e 4 anos sobre algo que lhes era mais familiar - diferenças entre uma pedra, uma pessoa ou uma boneca - as crianças demonstraram que compreendiam que as pessoas estavam vivas e as pedras e bonecos não (Gelman, Spelke e Meck, 1983). Não atribuíam pensamentos e emoções às pedras e citavam o fato de que bonecos não são capazes de se movimentar por conta própria como evidência de que os bonecos não estão vivos.

Evidentemente, os vegetais tampouco se movimentam por conta própria, nem emitem sons, como o faz a maioria dos animais. Entretanto, as crianças em idade pré-escolar sabem que tanto os vegetais como os animais crescem, definham e, quando feridos, são capazes de se curar (Rosengren et al., 1991; Wellman e Gelman, 1998).

A cultura pode influenciar essas crenças. Crianças de 5 e 9 anos em Israel, Japão e Estados Unidos foram indagadas sobre características de pessoas, outros animais, vegetais e objetos inanimados (Hatano et al., 1993). As crianças israelitas, cuja tradição considera as plantas sobretudo em termos de sua utilidade como alimento, eram menos propensas do que crianças dos outros dois países a atribuir aos vegetais qualidades comuns a todos os seres vivos, como respiração, crescimento e morte. Por outro lado, crianças japonesas eram mais propensas a atribuir tais qualidades a objetos inanimados, os quais, em sua cultura, às vezes são vistos como se estivessem vivos e tivessem sentimentos.

Número

Aos 3 e 4 anos, as crianças já expressam palavras para comparar qualidades. Podem dizer que uma árvore é *maior* do que outra, ou que uma xícara contém *mais* suco do que outra. Sabem que, se têm uma bolacha e depois pegam outra, têm mais bolachas do que antes, e que, se dão uma bolacha para outra criança, ficam com menos bolachas. Esse conhecimento quantitativo parece ser universal, embora se desenvolva em ritmos diferentes, dependendo do quão importante é contar em uma determinada família ou cultura (Resnick, 1989; Saxe, Guberman e Gearhart, 1987).

Aos 5 anos, a maioria das crianças sabe contar até 20 ou mais e sabe os tamanhos relativos dos números de 1 a 10. Algumas são capazes de fazer adição e subtração simples de um só dígito (Siegler, 1998). As crianças intuitivamente criam estratégias de adição, contando nos dedos ou utilizando outros objetos.

Em algum ponto da segunda infância, as crianças começam a reconhecer cinco princípios de aritmética (Gelman e Gallistel, 1978; Sophian, 1988):

1. *O princípio de um para um:* Dizer apenas um nome de número para cada item que está sendo contado ("Um...dois...três...").
2. *O princípio da ordem estável:* Dizer os nomes dos números em uma ordem definida ("Um, dois, três..." em vez de "Três, um, dois...").
3. *O princípio da irrelevância da ordem:* Começar a contar com qualquer item, e a contagem total será a mesma.

animismo

Tendência de atribuir vida a objetos que não estão vivos.



Ao fazer de conta que mede a pressão arterial de Grover, Anna está demonstrando uma importante realização cognitiva: imitação diferida, a capacidade de representar uma ação por ela observada anteriormente.

4. *O princípio de cardinalidade*: O último nome de número utilizado é o número total de itens que estão sendo contados. (Se existem cinco itens, o último nome de número será "5".)
5. *O princípio da abstração*: Os princípios acima se aplicam a qualquer tipo de objeto. (Sete botões são iguais em número a sete pássaros.)

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir as descobertas sobre a compreensão que as crianças pré-escolares têm de símbolos, identidades, espaço, causalidade, categorias biológicas e número?

centração

Na teoria de Piaget, é uma limitação do pensamento pré-operacional que leva a criança a se concentrar em um aspecto de uma situação e negligenciar outros, muitas vezes, levando a conclusões ilógicas.

descentrar

Na terminologia de Piaget, é pensar simultaneamente sobre vários aspectos de uma situação; característica do pensamento operacional.

conservação

Na terminologia de Piaget, é a consciência de que dois objetos que são iguais em um determinado aspecto (como comprimento, peso ou quantidade) continuam sendo iguais apesar da alteração perceptual (uma mudança na forma), contanto que nada tenha sido acrescentado ou retirado de nenhum dos objetos.

irreversibilidade

Na terminologia de Piaget, é uma limitação no pensamento pré-operacional que consiste na incapacidade de compreender que uma operação pode ocorrer em dois ou mais sentidos.

Existe um debate sobre se as crianças precisam compreender esses princípios para poderem aprender a contar (Gelman e Gallistel, 1978) ou se elas deduzem os princípios a partir de suas experiências com contagem (Ho e Fuson, 1998; Siegler, 1998).

A rapidez com que as crianças aprendem a contar depende em parte do sistema numérico de sua cultura. Aos 3 anos, quando a aprendizagem de números concentra-se principalmente na contagem de 1 a 10, as crianças norte-americanas e chinesas têm desempenho semelhante. Aos 4 e 5, quando as crianças norte-americanas ainda estão contando por unidades entre 11 e 20, as crianças chinesas aprendem o sistema mais eficiente de sua cultura baseado em dezenas e unidades ($10 + 1$, $10 + 2$, e assim por diante). Não é de surpreender, portanto, que o desempenho das crianças norte-americanas comece a ficar para trás (Miller, Smith, Zhu e Zhang, 1995).

Aspectos Imaturos do Pensamento Pré-operacional

Segundo Piaget, uma das principais características do pensamento pré-operacional é a **centração**: a tendência de se concentrar em um aspecto de uma situação e negligenciar outros. Ele disse que os pré-escolares chegam a conclusões ilógicas porque não conseguem **descentrar** - pensar sobre vários aspectos de uma situação ao mesmo tempo. A **centração** pode limitar o pensamento das crianças pequenas tanto sobre as relações físicas como sociais.

Conservação

Um exemplo clássico é não compreender a conservação, o fato de que duas coisas iguais continuam sendo iguais se sua aparência for alterada, contanto que nada seja acrescentado ou retirado. Piaget constatou que as crianças não compreendem esse princípio até o estágio de operações concretas e que elas desenvolvem diferentes tipos de conservação em idades diferentes. A Tabela 7-5 demonstra como diversas dimensões da conservação foram testadas.

Em um tipo de tarefa de conservação, conservação de líquido, mostra-se a uma criança de 5 anos, que chamaremos de Jeffrey, dois copos transparentes idênticos, ambos baixos e largos, contendo a mesma quantidade de água. Pergunta-se a Jeffrey se a quantidade de água nos dois copos é igual. Quando ele concorda, a água de um copo é vertida em um terceiro copo, alto e estreito. Pergunta-se então a Jeffrey se ambos contêm a mesma quantidade de água ou se um contém mais, e por quê. Na segunda infância - mesmo depois de ver a água ser vertida de um dos copos baixos e largos para um copo alto e estreito, ou mesmo depois de ele mesmo fazer isso - Jeffrey dirá que o copo alto ou o copo largo contém mais água. Quando se pergunta por que, ele diz: "Este é maior nesse sentido", abrindo os braços para indicar altura ou largura. Crianças pré-operacionais não são capazes de considerar altura e largura ao mesmo tempo. Uma vez centradas em um aspecto, não conseguem pensar logicamente, disse Piaget.

A capacidade de conservar também é limitada pela **irreversibilidade** ou incapacidade de compreender que uma operação ou ação pode ocorrer de duas ou mais maneiras. Depois que puder imaginar fazer a água voltar a seu estado original, vertendo-a de volta ao outro copo, Jeffrey perceberá que a quantidade de água em ambos os copos é a mesma.

As crianças pré-operacionais costumam pensar como se estivessem assistindo a um diafilme com uma série de imagens estáticas: *concentram-se em estados sucessivos*, disse Piaget, e não reconhecem a transformação de um estado para outro. No experimento de conservação, concentram-se em como a água se apresenta em cada copo em lugar de na água sendo vertida de um copo para outro, e assim não compreendem que a quantidade de água é a mesma.

Tabela 7-5 Testes dos Vários Tipos de Conservação

Tarefa de conservação	Mostrar à criança (e fazê-la reconhecer) que ambos os itens são iguais	Realizar a transformação	Perguntar à criança	Criança pré-operacional geralmente responde
Número	Duas filas iguais e paralelas de balas	Aumenta-se a distância entre as balas numa das filas.	"O número de balas nas duas filas é igual, ou uma delas contém mais balas?"	"A fila mais longa têm mais".
Comprimento	Duas varetas paralelas de mesmo comprimento	Move-se uma das varetas para a direita.	"As duas varetas têm o mesmo comprimento, ou uma é mais comprida?"	"A da direita (ou esquerda) é mais comprida".
Líquido	Dois copos contendo o mesmo volume de líquido	Verte-se o líquido de um dos copos num copo mais alto e estreito.	"Os dois copos contêm a mesma quantidade de líquido, ou um tem mais?"	"O copo mais alto tem mais".
Matéria (massa)	Duas bolas de argila de mesmo tamanho	Dá-se a uma das bolas o formato de uma salsicha.	"As duas porções têm a mesma quantidade de argila, ou uma delas tem mais?"	"A salsicha tem mais".
Peso	Duas bolas de argila de mesmo peso	Dá-se a uma das bolas o formato de uma salsicha.	"As duas pesam o mesmo, ou uma pesa mais?"	"A salsicha pesa mais".
Área	Dois coelhos de brinquedo, dois tabuleiros de papelão (representando campos gramados), com blocos ou brinquedos (representando celeiros nos campos); mesmo número de celeiros em cada tabuleiro	Reorganizam-se os blocos em um dos tabuleiros.	"Cada coelho tem a mesma quantidade de grama para comer, ou um deles tem mais?"	"O que tem os blocos mais próximos tem mais para comer".
Volume	Dois copos d'água com duas bolas de argila iguais dentro deles	Dá-se a uma das bolas o formato de uma salsicha.	"Se colocarmos a salsicha de volta no copo, a água ficará na mesma altura em cada copo, ou uma estará mais alta?"	"A água no copo com a salsicha ficará mais alta".

Egocentrismo

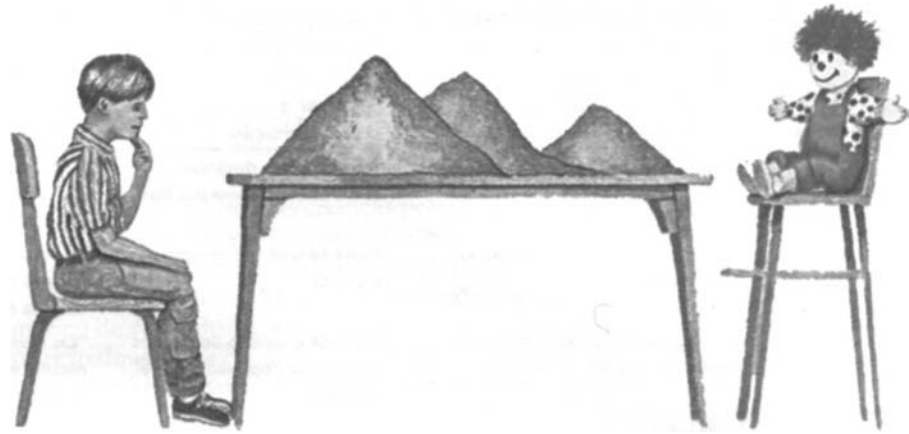
O **egocentrismo** é uma forma de centração. Segundo Piaget, as crianças pequenas concentram-se tanto em seu próprio ponto de vista, que não conseguem perceber o de outra pessoa. As crianças de 3 anos não são tão egocêntricas quanto os recém-nascidos, mas, afirma Piaget, ainda acham que são o centro do universo. O egocentrismo pode ajudar a explicar por que as crianças pequenas (como veremos), às vezes, têm dificuldade para distinguir a realidade do que acontece dentro de suas próprias cabeças e porque elas podem demonstrar confusão sobre o que causa o quê. Quando Jeffrey acredita que seus "maus pensamentos" fizeram sua irmã ficar doente, ou que causou os problemas conjugais de seus pais, está pensando egocentricamente.

Para estudar o egocentrismo, Piaget inventou a *tarefa das três montanhas* (ver Figura 7-4). A criança senta-se em uma cadeira defronte a uma mesa sobre a qual existem três grandes montes. Na cadeira no lado oposto da mesa, é colocado um boneco. O investigador pergunta à criança como as "montanhas" se pareceriam para o boneco. Piaget constatou que as crianças pequenas, na maior parte das vezes, não eram capazes de responder à pergunta corretamente; em vez disso, descreviam as montanhas de sua própria perspectiva. Piaget identificou isso como um indício de que eram incapazes de imaginar um ponto de vista diferente (Piaget e Inhelder, 1967).

Contudo, outro experimentador que propôs um problema semelhante de modo diferente obteve resultados diferentes (Hughes, 1975). Na *tarefa do boneco e do policial*, a criança senta-se em frente a um tabuleiro quadrado, com divisórias separando-o em quatro setores. Um policial de brinquedo é colocado na borda do tablado; uma boneca é colocada em um setor e depois transferida de um setor para outro. Em cada uma das posições, pergunta-se à criança: "O policial consegue ver a boneca?". Outro policial de brinquedo então entra em cena, e pede-se à criança que esconda a boneca dos dois policiais. Nesse estudo, 30 crianças entre as idades de 3 anos e 6 meses e 5 anos responderam corretamente 90% das vezes.

egocentrismo

Na terminologia de Piaget, é a incapacidade de considerar o ponto de vista alheio; característica do pensamento pré-operacional.

**Figura 7-4**

Tarefa das três montanhas de Piaget. Uma criança pré-operacional é incapaz de descrever as "montanhas" do ponto de vista do boneco - uma indicação de egocentrismo, segundo Piaget.

VERIFICADOR

Você é capaz de...

- ✓ Explicar como a centração limita o pensamento pré-operacional?
- ✓ Apontar os diversos motivos pelos quais as crianças pré-operacionais têm dificuldade com conservação?

Discutir as pesquisas que contestam as concepções de egocentrismo de Piaget na segunda infância?

empatia

Capacidade de se colocar no lugar de outra pessoa e sentir o que ela sente

teoria da mente

Consciência e compreensão dos processos mentais.

Por que estas crianças foram capazes de assumir o ponto de vista de outra pessoa (o ponto de vista do policial), enquanto as crianças fazendo a tarefa da montanha não foram? Talvez a tarefa do "policial" envolva raciocinar de um modo mais familiar e menos abstrato. A maioria das crianças não costuma olhar para montanhas e não pensa sobre o que outras pessoas veriam ao olhar para uma montanha, mas a maioria das crianças de 3 anos está familiarizada com bonecas, policiais e esconder-se. Assim, as crianças pequenas podem demonstrar egocentrismo preponderantemente em situações que estão além de sua experiência imediata.

A pesquisa também contesta a crença de Piaget de que o egocentrismo atrasa o desenvolvimento da **empatia**, a capacidade de compreender o que outra pessoa está sentindo. Até bebês de apenas 10 ou 12 meses choram quando vêem outra criança chorando; aos 13 ou 14 meses, afagam ou abraçam uma criança que chora; aos 18 meses podem oferecer um brinquedo novo para substituir o quebrado ou um curativo para alguém que cortou o dedo (Yarrow, 1978). Durante a segunda infância, a empatia é cada vez mais evidente. Esse tipo de compreensão geralmente se manifesta mais cedo em crianças cujas famílias conversam muito sobre sentimentos e causalidade (Dunn, Brown, Slomkowski, Tesla e Youngblade, 1991; Dunn, 1991).

As Crianças Pequenas Têm Teorias da Mente?

Piaget (1929) foi o primeiro a investigar a **teoria da mente** das crianças, sua consciência emergente de seus próprios estados mentais e os de outras pessoas. Ele fez às crianças perguntas como "De onde vêm os sonhos?" e "Com o que você pensa?". Baseado nas respostas, Piaget concluiu que as crianças com menos de 6 anos não conseguem distinguir pensamentos ou sonhos de entidades físicas reais e não têm nenhuma teoria da mente. Entretanto, pesquisas mais recentes indicam que, entre 2 e 5 anos, o conhecimento das crianças sobre processos mentais - tanto os seus como os de outras pessoas - desenvolve-se largamente (Astington, 1993; Bower, 1993; Flavell, Green e Flavell, 1995).

Mais uma vez, a metodologia parece ter feito diferença. As perguntas de Piaget eram abstratas, e ele esperava que as crianças fossem capazes de colocar seu entendimento em palavras. Os pesquisadores contemporâneos utilizam vocabulário e objetos com os quais as crianças estão familiarizadas. Em vez de falar sobre generalidades, observam as crianças em atividades cotidianas, ou lhes dão exemplos concretos. Desse modo, aprendemos, por exemplo, que crianças de 3 anos sabem a diferença entre um menino que tem uma bolacha e um menino que está pensando em uma bolacha; sabem qual menino é capaz de tocar, dividir e comer a bolacha (Astington, 1993). Sabem que as pessoas que recebem o que desejam tendem a se sentir felizes, e as pessoas que não recebem o que querem tendem a se sentir tristes (Flavell et al; 1995).

A teoria da mente continua desenvolvendo-se durante toda a segunda infância. Vamos examinar alguns de seus aspectos.

Conhecimento sobre o Pensamento

As crianças pequenas sabem algo sobre a natureza do pensamento, mas têm menos consciência de quando ele ocorre e sobre o que as pessoas estão pensando. Entre 3 e 5 anos, as crianças começam a entender que o pensamento ocorre dentro da mente; que ele pode tratar de coisas reais ou imaginárias; que alguém pode estar pensando em uma coisa enquanto faz ou olha para outra; que uma pessoa cujos olhos e ouvidos estão cobertos pode pensar sobre objetos; que alguém que parece pensativo provavelmente está pensando; e que pensar é diferente de ver, falar, tocar e saber (Flavell et al., 1995).

Entretanto, os pré-escolares geralmente acreditam que a atividade mental começa e pára. Parecem não saber que a mente está sempre pensando. Somente na terceira infância as crianças sabem que a mente está sempre ativa (Flavell, 1993; Flavell et al., 1995). Os pré-escolares têm pouca ou nenhuma consciência de que eles ou as outras pessoas pensam com palavras, ou "falam consigo mesmos em suas cabeças", ou que eles pensam enquanto estão olhando, ouvindo, lendo ou falando (Flavell, Green, Flavell e Grossman, 1997).

Distinção entre Fantasia e Realidade

Entre 18 meses e 3 anos, as crianças aprendem a distinguir eventos reais de imaginários. Aos 3 anos, as crianças conhecem a diferença entre um cão real e um cão de um sonho, e entre algo invisível (como o ar) e algo imaginário. Elas sabem fingir e identificar quando outra pessoa está fingindo (Flavell et al., 1995).

Ainda assim, a linha entre fantasia e realidade pode, às vezes, parecer se confundir, como com Wang Yani e os macacos de suas pinturas, que pareciam mais reais para ela do que o macaco vivo que seu pai lhe deu. Em um estudo (Harris, Brown, Marriott, Whittall e Harmer, 1991), duas caixas de papelão foram mostradas a 40 crianças de 4 e 6 anos. Pediu-se a elas que fingissem que havia um monstro em uma caixa e um coelhinho em outra. Cada caixa tinha um pequeno orifício, e perguntava-se às crianças se queriam introduzir um dedo ou uma vareta nos orifícios. O experimentador então saía da sala "para buscar alguma coisa", e algumas crianças de fato tocaram nas caixas. Muito embora a maioria das crianças afirmasse que estavam apenas fingindo sobre o coelhinho e o monstro, a maioria preferia tocar a caixa que continha o coelhinho imaginário, e um número maior delas introduziu o dedo naquela caixa e a vareta na caixa do monstro.

Essa pesquisa sugere que, muito embora as crianças pequenas entendam a diferença entre fantasia e realidade, às vezes agem como se o seres de sua imaginação existissem. Por outro lado, as crianças podem apenas ter continuado a brincadeira inacabada de faz-de-conta na ausência do experimentador. Essa foi a conclusão de uma replicação parcial do estudo, em que o experimentador permaneceu na sala e claramente encerrou a brincadeira. Apenas em torno de 10% das crianças tocaram ou olharam nas caixas, e quando questionadas, quase todas demonstraram uma compreensão clara de que os seres eram imaginários (Golomb e Galasso, 1995). E possível, contudo, que, se o experimentador saísse da sala, como no estudo anterior, as crianças sentissem-se mais livres para agir de acordo com suas fantasias, pois constatou-se que a presença de adultos inibe o pensamento mágico das crianças (Woolley, 1997).

Uma análise da literatura sugere que o pensamento mágico ou desejoso em crianças de 3 anos ou mais não provém de uma confusão básica entre fantasia e realidade. Tampouco, afirma-se, o pensamento mágico das crianças é fundamentalmente diferente do de muitos adultos que acreditam em astrologia ou evitam passar por debaixo de escadas. Contudo, a distinção entre fantasia e realidade pode estar menos estabelecida nas crianças do que nos adultos. Muitas vezes, o pensamento mágico é um modo de explicar eventos que não parecem ter explicações realistas óbvias (geralmente porque as crianças carecem de conhecimento sobre eles) ou apenas é a entrega aos prazeres de fazer de conta - como com a crença na fada dos dentes ou do Papai Noel ou dos companheiros imaginários (ver Quadro 7-1). As crianças, como os adultos, geralmente têm consciência da natureza mágica dessas figuras da fantasia, mas estão mais dispostas a alimentar a possibilidade de que elas possam ser reais. Além disso, os adultos tendem a encorajar o fascínio das crianças pelo imaginário, imergindo-as em uma cultura de contos de fadas e dragões (Woolley, 1997). Quando se questiona as crianças sobre os objetos do "faz-de-conta", é difícil saber se as crianças estão dando respostas "sérias" ou se ainda estão mantendo o fingimento (Taylor, 1997).



Quadro 7-1 Companheiros Imaginários

Às 3 anos e 6 meses, Anna tinha 23 "irmãs", com nomes como Och, Elmo, Zeni, Aggie e Ankie. Ela costumava conversar com elas pelo telefone, pois viviam a aproximadamente cem milhas de distância, da cidade onde a família dela vivia. Durante o ano seguinte, a maioria das irmãs desapareceu, mas Och continuava fazendo suas visitas, principalmente nas festas de aniversário. Och tinha um cão e um gato (que Anna em vão suplicou-lhe que lhe desse), e sempre que Anna não ganhava algo que via anunciado na televisão, dizia que já tinha um na casa de sua irmã. Mas quando uma amiga real vinha fazer uma visita e a mãe de Anna casualmente mencionava um dos companheiros imaginários dela, Anna mudava rapidamente de assunto.

Todas as 23 irmãs - e alguns "meninos" e "meninas" que os seguiram - viviam apenas na imaginação de Anna, como ela bem o sabia. Como de 25 a 65% das crianças entre 3 e 10 anos (Wooley, 1997), ela criou companheiros imaginários, com os quais conversava e brincava. Esse fenômeno normal da infância é visto com mais frequência em primogênitos inteligentes e criativos e em filhos únicos (Manosevitz, Prentice e Wilson, 1973). As meninas são mais inclinadas a tê-los do que os meninos (ou pelo menos são mais propensas a reconhecê-los); os companheiros imaginários das meninas geralmente são humanos, ao passo que os dos meninos mais freqüentemente são animais (D.G. Singer e Singer, 1990). Contudo, esse não era o caso de Wang Yani; os macacos que ela pintava, muitas vezes, serviam de companheiros imaginários com os quais ela representava problemas ou experiências cotidianas.

As crianças que têm companheiros imaginários são capazes de distinguir a fantasia da realidade, mas, quando estão brincando livremente, são mais propensas a brincar de faz-de-conta do que as crianças que não possuem companheiros imaginários (Taylor, Cartwright e Carlson, 1993). Brincam de modo mais alegre e imaginativo do que as outras crianças e são mais cooperativas com as outras crianças e com adultos (D. G. Singer e Singer, 1990; J. L. Singer e Singer, 1981). Têm maior fluência na língua, assistem menos à televisão e demonstram mais curiosidade, excitação e persistência durante o brincar. Em um estudo, crianças de 4 anos - independentemente de sua inteligência verbal - que disseram possuir companheiros imaginários se saíram melhor em tarefas ligadas à teoria da mente (como diferenciar aparência e realidade e reconhecer crenças falsas) do que crianças que não criaram esses companheiros (M. Taylor e Carlson, 1997).

As crianças utilizam os companheiros imaginários como auxílio para se relacionarem melhor no mundo real. Os companheiros imaginários são uma boa companhia para um(a) filho(a) único(a) (como Anna e Wang Yani). Oferecem mecanismos de realização de desejos ("Havia um monstro em meu quarto, mas Elmo o afugentou com pó mágico"), bodes expiatórios ("Eu não comi as bolachas - Och deve tê-las comido!"), agentes substitutivos para os medos da própria criança ("Aggie está com medo de ser levada ralo abaixo") e apoio em situações difíceis. (Uma criança de 6 anos "levou" seu companheiro imaginário para ver um filme assustador.)

Crenças Falsas e Engano

Mostra-se à Mariella, de 5 anos, uma caixa de balas e pergunta-se o que há dentro dela. "Balas", ela responde. Mas quando ela abre a caixa, encontra alguns lápis, e não balas. "O que uma criança que não abriu a caixa pensaria que há dentro dela?", pergunta o pesquisador. "Balas!", exclama Mariella, rindo da brincadeira. Quando o pesquisador repete o mesmo procedimento com Bobby, de 3 anos, ele também responde a primeira pergunta com "Balas". Mas depois de ver os lápis na caixa, quando se pergunta o que outra criança pensaria que há na caixa, ele diz "Lápis". E depois ele diz que ele mesmo originalmente havia pensado que haveria lápis na caixa (Flavell, 1993; Flavell et al., 1995).

Somente depois dos 4 ou 5 anos, segundo essa e outras pesquisas, as crianças entendem que elas ou outras pessoas podem ter crenças falsas (Moses e Flavell, 1990). Essa compreensão decorre da compreensão de que as pessoas possuem representações mentais da realidade, as quais, às vezes, podem estar erradas; crianças de 3 anos, pelo menos em alguns estudos, parecem carecer dessa compreensão (Flavell et al., 1995). Outros pesquisadores afirmam que crianças de 3 anos possuem uma compreensão ao menos rudimentar de crenças falsas, mas podem não demonstrá-la quando se encontram em situações complicadas (Hala e Chandler, 1996).

Talvez as crianças de 3 anos não reconheçam crenças falsas mais em função de seu pensamento egocêntrico do que por falta de consciência de representações mentais. As crianças dessa idade são capazes de identificar uma relação entre crença e surpresa: sabem, por exemplo, que uma criança que acredita que vai receber mingau de aveia

quente no café da manhã irá surpreender-se caso, em vez disso, receber espaguete frio (Wellman e Banerjee, 1991). Mas têm dificuldade para reconhecer que a crença ou o desejo de outra pessoa pode ser diferente de uma crença ou de um desejo muito forte que elas mesmas possuem (Moore et al, 1995).

A compreensão mais desenvolvida que as crianças com mais idade têm das representações mentais parece estar relacionada com uma diminuição no egocentrismo. Crianças de 4 anos compreendem que pessoas que vêem ou ouvem versões diferentes do mesmo fato podem ficar com crenças diferentes. Contudo, somente depois dos 6 anos, as crianças percebem que duas pessoas que vêem ou ouvem a *mesma* coisa podem interpretá-la de modo diferente (Pillow e Henrichon, 1996).

As crianças classificadas por professores como socialmente desenvolvidas são mais capazes de reconhecer crenças falsas. Essa relação pode ser bidirecional. Interações sociais freqüentes e bem-sucedidas podem ajudar as crianças a aprender sobre as conexões entre pensamentos e comportamento. Inversamente, as crianças que compreendem essas conexões podem estar em vantagem em situações sociais (Watson, Nixon, Wilson e Capage, 1999).

Engano é a tentativa de incutir uma falsa crença na mente de outra pessoa, e isso exige que a criança suprima o impulso de ser honesta. Alguns estudos constataram que algumas crianças adquirem a capacidade de enganar já aos 2 ou 3 anos, mas, outras, aos 4 ou 5. A diferença pode estar relacionada com o método de engano que imaginamos que as crianças vão utilizar. Em uma série de experimentos, perguntou-se a crianças de 3 anos se gostariam de pregar uma peça no experimentador dando uma falsa indicação sobre qual de duas caixas continha uma bola. As crianças foram mais capazes de executar o engano quando solicitadas a colocar uma fotografia de uma bola sobre a caixa errada ou apontar para aquela caixa com uma seta do que quando apontavam com o dedo, o que crianças dessa idade costumam fazer sem querer enganar (Carlson, Moses e Hix, 1998).

Segundo Piaget, crianças pequenas não compreendem a diferença entre enganar e cometer um erro; consideram todas as falsidades - intencionais ou não - como mentiras. Entretanto, quando crianças de 3 a 6 anos ouviram uma história sobre um assunto intimamente ligado a sua experiência - o perigo de contaminação nos alimentos - e podiam escolher entre interpretar a ação de um personagem como uma mentira ou como um erro, aproximadamente três quartos das crianças de todas as faixas etárias caracterizaram-na corretamente (Siegal e Peterson, 1998). Ao que parece, portanto, mesmo crianças de 3 anos possuem algum entendimento do papel da intenção no engano.

Distinção entre Aparência e Realidade

A consciência de crenças falsas está relacionada com a capacidade de distinguir aparência e realidade: ambas exigem que a criança se reporte a duas representações mentais ao mesmo tempo. Segundo Piaget, somente aos 5 ou 6 anos as crianças compreendem a distinção entre o que *parece* ser e o que *é*. Muitas pesquisas confirmam isso, embora alguns estudos tenham constatado que essa capacidade começa a surgir entre 3 e 4 anos (Friend e Davis, 1993; Rice, Koinis, Sullivan, Tager-Flusberg e Winner, 1997).

Em uma série de experimentos (Flavell, Green e Flavell, 1986), crianças de 3 anos confundiram aparência e realidade em diversos testes. Por exemplo, os experimentadores mostravam às crianças um carro vermelho e depois o cobriam com um filtro que o fazia parecer preto. Quando se perguntava às crianças de que cor era realmente o carro, respondiam "Preto". Quando as crianças vestiam óculos especiais que faziam o leite parecer verde, diziam que o leite *era* verde, ainda que há pouco tivessem visto o leite branco. Quando o experimentador vestiu uma máscara do Dia das Bruxas diante das crianças, acharam que o experimentador era outra pessoa. Em outro estudo, que tratava não apenas de aparência física (as cores de recortes de animais, que haviam sido alteradas com filtros plásticos transparentes), mas também com o reconhecimento do estado emocional real *versus* fingido de um personagem de uma história (parecer feliz, mas, na verdade, sentindo-se triste), crianças de 5 e 6 anos se saíram muito melhor do que crianças de 4 anos (Friend e Davis, 1993).



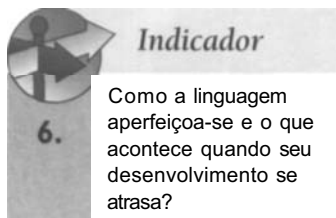
Será mesmo o Barney? Esta garotinha não parece muito segura. A capacidade de distinguir aparência e realidade se desenvolve entre 3 e 6 anos.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Dar exemplos de pesquisas que contestam as concepções de Piaget sobre as limitações cognitivas das crianças pequenas?
- ✓ Descrever as mudanças entre os 3 e 6 anos no conhecimento das crianças sobre como suas mentes funcionam?

Outros Aspectos do Desenvolvimento Cognitivo



Durante a segunda infância Arma estava repleta de indagações: "Quantos sonos até amanhã?", "Quem encheu o rio de água?", "Os bebês têm músculos?", "Os odores vêm de dentro do meu nariz?". A crescente facilidade das crianças pequenas com a linguagem ajuda-as a expressar sua incomparável concepção de mundo. A medida que se tornam mais competentes com a memória e em outras capacidades de processamento de informações, as crianças criam e utilizam conceitos que podem compartilhar com os outros. E, à medida que aplicam sua inteligência à resolução de problemas intrigantes, as diferenças individuais tornam-se mais evidentes e mais mensuráveis.

Linguagem

Crianças pré-escolares desenvolvem-se rapidamente em vocabulário, gramática e sintaxe. A criança que, aos 3 anos, descreve como o papai "machadeia" a lenha (corta-a com um machado), ou pede que a mamãe "pedace" a comida (corte-a em pedacinhos), pode, aos 5 anos, dizer à mãe "Não seja ridícula!" ou apontar orgulhosamente para os brinquedos e dizer "Viu como eu organizei tudo?".

Vocabulário

Aos 3 anos, uma criança mediana sabe usar 900 a mil palavras diferentes e utiliza cerca de 12 mil a cada dia. Aos 6 anos, uma criança normalmente tem um vocabulário de 2.600 palavras e compreende mais de 20 mil (Owens, 1996), tendo aprendido uma média de nove palavras novas por dia desde aproximadamente 1 ano e 6 meses de idade (Rice, 1982). Com o auxílio de ensino formal, o vocabulário passivo ou receptivo de uma criança (palavras que consegue compreender) aumentará em quatro vezes, atingindo cerca de 80 mil palavras na época de ingresso no ensino médio (Owens, 1996).

Como as crianças expandem seus vocabulários com tanta rapidez? Parecem fazê-lo por **rápido mapeamento**, o que lhes permite assimilar o significado de uma nova palavra depois de ouvi-la apenas uma ou duas vezes na conversação. Baseado no contexto, as crianças parecem formar uma rápida hipótese sobre o significado de uma palavra e armazená-la na memória. Os lingüistas não sabem ao certo como funciona o rápido mapeamento, mas parece provável que as crianças utilizam seu conhecimento sobre as regras de formação de palavras, sobre palavras semelhantes, sobre contexto imediato e sobre o assunto em discussão.

Os nomes dos objetos (substantivos) parecem mais fáceis de mapear do que os nomes de ações (verbos), os quais são menos concretos. Entretanto, um estudo experimental demonstrou que crianças com pouco menos do que 3 anos de idade são capazes de mapear rapidamente um novo verbo e aplicá-lo em outra situação na qual a mesma ação esteja sendo executada (Golinkoff, Jacquet, Hirsh-Pasek e Nandakumar, 1996). Muitas crianças de 3 e 4 anos parecem capazes de identificar quando duas palavras referem-se ao mesmo objeto ou ação - um feito admirável (Savage e Au, 1996).

Gramática e Sintaxe

A combinação de sílabas para formar palavras e de palavras para formar frases torna-se cada vez mais sofisticada durante a segunda infância (Owens, 1996). Aos 3 anos, as crianças normalmente começam a utilizar plurais, pronomes possessivos e pretérito e sabem a diferença entre *eu*, *você* e *nós*. Entretanto, ainda cometem erros de regularização excessiva por ainda não terem aprendido as exceções das regras (consultar o Capítulo 5). As frases delas geralmente são curtas e simples, muitas vezes, deixando de fora palavras como *um* e *o*, mas incluindo alguns pronomes, adjetivos e algumas preposições. Muitas de suas frases são declarativas ("Kitty quer leite"),

rápido mapeamento

Processo pelo qual uma criança assimila o significado de uma nova palavra depois de ouvi-la uma ou duas vezes na conversação.



Embora Piaget acreditasse que a maioria da fala das crianças pequenas é egocêntrica, a pesquisa mostra que as crianças, como estes meninos brincando na praia, comunicam-se tanto verbal como gestualmente desde tenra idade.

mas elas podem perguntar - e responder - perguntas sobre *o que e onde*. {*Por que e como* são mais difíceis de entender.)

Entre os 4 e 5 anos, as sentenças têm em média cinco palavras e podem ser declarativas, negativas ("Eu não estou com fome"), interrogativas ("Por que eu não posso sair?") ou imperativas ("Pegue a bola!"). Crianças de 4 anos utilizam sentenças complexas, com múltiplas cláusulas ("Eu estou comendo porque estou com fome") com mais frequência quando os pais costumam utilizar frases desse tipo (Huttenlocher, Boyle, Cymerman e Vasilyeva, em fase de elaboração). Nessa idade, as crianças tendem a seqüenciar as sentenças em longas narrativas ("... E depois... E depois..."). Em alguns aspectos, a compreensão pode ser imatura. Por exemplo, Noah, de 4 anos, é capaz de executar um comando que inclui mais de um passo ("Pegue os brinquedos e coloque-os no armário"). Entretanto, se a mãe lhe diz "Você pode ver televisão depois de guardar os brinquedos", ele pode processar as palavras na ordem em que as ouviu e pensar que pode primeiro assistir à televisão e depois guardar os brinquedos.

Dos 5 aos 7 anos, a fala das crianças já é bastante semelhante a de adultos. Elas falam com sentenças mais longas e mais complicadas; utilizam mais conjunções, preposições e artigos; utilizam sentenças compostas e complexas; sabem lidar com todas as partes do discurso. Ainda assim, embora as crianças dessa idade falem com fluência, de forma compreensível e gramatical, ainda precisam refinar sua linguagem em muito aspectos.

Pragmática e Fala Social

À medida que aprendem vocabulário, gramática e sintaxe, as crianças tornam-se mais competentes na **pragmática** - o conhecimento prático de como utilizar a linguagem para se comunicar. Isso inclui saber como pedir coisas, como contar uma história ou uma piada, como motivar e continuar uma conversação e como adaptar os comentários à perspectiva do ouvinte (Rice, 1982). Todos esses são aspectos da **fala social**: fala cujo intuito é ser compreendida pelo ouvinte.

Como veremos, Piaget caracterizou grande parte da fala das crianças como egocêntrica. Mas, como descrevemos no Capítulo 5, a pesquisa demonstra que as crianças utilizam tanto os gestos como a fala comunicativamente desde tenra idade. Aos 2 anos, conversam, tentando fazer com que sua fala relacione-se com o que alguém disse. Entretanto, crianças dessa idade têm problemas para manter uma conversa sem mudar de assunto (Owens, 1996).

Com a melhora da pronúncia e da gramática das crianças, torna-se mais fácil para as outras pessoas compreender o que elas dizem. A maioria das crianças de 3 anos é um tanto falante e presta atenção no efeito que sua fala exerce sobre os outros. Quando as pessoas não conseguem compreendê-las, tentam explicar-se com mais clareza. Crianças de 4 anos utilizam "fala de criança" quando falam com crianças de 2 anos (Owens, 1996; Shatz e Gelman, 1973; ver Capítulo 5). Crianças de 3 a 5 anos comunicam-se de modo muito diferente com uma pessoa que tem visão normal e com outra que é cega; apontam para um brinquedo quando o ouvinte é capaz de ver, mas o descrevem para um ouvinte cego (Maratsos, 1973).

A maioria das crianças de 5 anos sabe adaptar o que diz ao que o ouvinte sabe. Nessa idade, sabem utilizar as palavras para resolver disputas e utilizam linguagem mais polida e menos comandos diretos quando conversam com adultos do que quando conversam com outras crianças. Quase a metade de todas as crianças de 5 anos pode ater-se a um tópico de conversação por cerca de 12 turnos - contanto que elas se sintam à vontade com o interlocutor, conheçam o assunto e tenham interesse por ele (Owens, 1996).

Fala Privada

Aos 4 anos, Anna estava sozinha em seu quarto pintando. Quando terminou, pôde-se ouvi-la dizendo em voz alta "Agora eu tenho que colocar as pinturas em algum lugar para secar. Vou colocá-las na janela. Elas precisam secar agora. Eu vou pintar mais alguns dinossauros".

A **fala privada** - falar em voz alta consigo mesmo sem intenção de se comunicar com os outros - é normal e comum na infância, sendo responsável por de 20 a 50% do que as crianças falam (Berk, 1986a). Crianças de 2 a 3 anos brincam repetindo sons ritmados; crianças com mais idade "pensam em voz alta" ou murmuram sons quase inaudíveis.

pragmática

Conhecimento prático necessário para utilizar a linguagem para fins comunicativos.

fala social

Fala cujo intuito é ser compreendida pelo ouvinte.

fala privada

Falar em voz alta consigo mesmo sem intenção de se comunicar.

Piaget (1923/1962) considerava a fala privada como egocêntrica, indicio de imaturidade cognitiva. Incapazes de se comunicar significativamente ou de reconhecer os pontos de vista dos outros, as crianças pequenas simplesmente vocalizam qualquer coisa que estiverem pensando. Outro motivo pelo qual as crianças pequenas falam enquanto fazem coisas, segundo Piaget, é que a função simbólica não está totalmente desenvolvida: ainda não distinguem as palavras das ações que elas representam. Com o amadurecimento cognitivo e com a experiência social, as crianças ao final do estágio pré-operacional tornam-se menos egocêntricas e mais capazes de pensamento simbólico e, assim, descartam a fala privada.

Assim como Piaget, o psicólogo russo Vygotsky (1934/1962) acreditava que a fala privada ajuda as crianças pequenas a integrar a linguagem ao pensamento. Entretanto, Vygotsky não considerava a fala privada como egocêntrica. Ele a via como uma forma especial de comunicação: uma conversa consigo mesmo. Como tal, disse ele, desempenha uma função muito importante na transição entre a fala social inicial (frequentemente experimentada na forma de comandos de adultos) e a fala interior (pensar com palavras) - uma transição para a internalização do controle do comportamento de origem social ("Agora eu tenho que colocar as pinturas em algum lugar para secar"). Vygotsky sugeriu que a fala privada segue uma curva em U invertida, aumentando no período pré-escolar, enquanto as crianças utilizam-na para auto-regulação, e depois desaparecendo durante os primeiros anos do ensino fundamental, à medida que se tornam mais capazes de orientar e controlar seus atos.

A pesquisa geralmente apóia Vygotsky. Em um estudo observacional com 93 crianças de 3 a 5 anos e de baixa a média renda, 86% dos comentários das crianças *não* eram egocêntricos (Berk, 1986a). As crianças mais sociáveis e aquelas que mais utilizam a fala social também tendem a utilizar mais fala privada, aparentemente corroborando a concepção de Vygotsky de que a fala privada é estimulada pela experiência social (Berk, 1986a, 1986b, 1992; Berk e Garvin, 1984; Kohlberg, Yaeger e Hjertholm, 1968).

Também existem evidências do papel da fala privada na auto-regulação (Berk e Garvin, 1984; Furrow, 1984). A fala privada tende a aumentar quando as crianças estão tentando realizar tarefas difíceis, principalmente sem supervisão de adultos (Berk, 1992; Berk e Garvin, 1984). A fala privada cumpre outras funções para crianças pequenas. Crianças de 2 anos, muitas vezes, travam "conversas de berço", brincando com sons e palavras. Para crianças de 4 e 5 anos, a fala privada pode ser uma forma de expressar fantasias e emoções (Berk, 1992; Small, 1990).

Segundo um sistema de classificação (Bivens e Berk, 1988), as crianças passam por pelo menos três níveis de fala privada: (1) fala puramente auto-expressiva (brincadeiras com palavras, repetição de sílabas, expressão de sentimentos ou conversas com bonecos ou companheiros imaginários); (2) declarações vocais relativas à tarefa em mãos (comentários sobre o que está fazendo ou precisa fazer ou fez, perguntando e depois respondendo às suas próprias perguntas ou experimentando o som das palavras); e (3) sinais externos da fala interna dirigida à tarefa (murmúrios inaudíveis ou movimentos dos lábios e da língua). Em idade pré-escolar, as meninas, que tendem a ser verbalmente mais desenvolvidas do que os meninos, utilizam formas mais maduras de fala privada; crianças de classe média utilizam formas mais maduras do que crianças de baixa renda (Berk, 1986a).

Em que medida as crianças utilizam a fala privada? A pesquisa inicialmente apoiava a curva em U de Vygotsky (Berk, 1986a, 1986b; Kohlberg et al., 1968), mas, hoje, o padrão parece mais complexo. Alguns estudos descreveram ausência de alteração etária no uso geral de fala privada; outros constataram variações na época de seu declínio. As crianças mais inteligentes tendem a utilizá-la mais cedo. Embora Vygotsky considerasse a necessidade de fala privada um estágio universal do desenvolvimento cognitivo, estudos constataram uma ampla gama de diferenças individuais, com algumas crianças utilizando-a muito pouco ou absolutamente nada (Berk, 1992).

A compreensão do significado da fala privada tem implicações práticas, principalmente na escola (Berk, 1986b). Falar consigo mesmo ou murmurar não deveria ser considerado como mau comportamento; a criança pode estar lutando com um problema e estar precisando pensar em voz alta.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Traçar o desenvolvimento normal de vocabulário, gramática, sintaxe e capacidade de conversação durante a segunda infância?
- ✓ Explicar por que as crianças de diversas idades utilizam fala privada?

Atrasos no Desenvolvimento da Linguagem

Aproximadamente 3% das crianças pré-escolares apresentam atrasos de linguagem, apesar de sua inteligência geralmente ser mediana ou superior (Rice, 1989). Os meninos têm maior propensão do que as meninas a falar tardiamente (Plomin et al., 1998).

Não se sabe por que algumas crianças demoram para começar a falar. Não necessariamente carecem de informação lingüística em casa. Essas crianças podem ter uma limitação cognitiva que lhes dificulta o aprendizado das regras da linguagem (Scarborough, 1990). Alguns falantes tardios têm história de otite média (inflamação do ouvido médio) entre 12 e 18 meses de idade; essas crianças melhoram sua capacidade de linguagem quando a infecção, com sua concorrente perda auditiva, é resolvida (Lonigan, Fischel, Whitehurst, Arnold e Valdez-Menchaca, 1992).

Algumas investigações em curso concentram-se em problemas no rápido mapeamento. As crianças com atraso na capacidade de falar podem precisar ouvir uma nova palavra com mais frequência do que outras crianças para poderem incorporá-la em seu vocabulário (Rice, 1989; Rice, Oetting, Marquis, Bode e Pae, 1994). A hereditariedade parece desempenhar um papel nos casos mais graves de atraso de linguagem. Entre 3.039 pares de gêmeos de 2 anos, se um gêmeo monozigótico enquadra-se nos 5% inferiores em conhecimento de vocabulário, o outro tem uma chance de 80% de ter o mesmo atraso. Com gêmeos dizigóticos, as chances de atrasos equivalentes são de apenas 42% (Plomin et al., 1998).

Muitas crianças que começam a falar tarde - sobretudo aquelas cuja compreensão é normal - posteriormente se recuperam (Thal, Tobias e Morrison, 1991). Mesmo assim, o atraso no desenvolvimento da linguagem pode ter conseqüências cognitivas, sociais e emocionais de longo alcance. As crianças que demonstram uma tendência incomum de cometer erros de pronúncia aos 2 anos, que possuem vocabulário pobre aos 3, ou que têm problemas para nomear os objetos aos 5 anos são propensas a ter deficiências de leitura posteriormente (Rice et al., 1994; Scarborough, 1990). As crianças que não falam ou compreendem tão bem quanto seus pares tendem a ser julgadas negativamente pelos adultos e por outras crianças (Rice, Hadley e Alexander, 1993) e a ter problemas para encontrar parceiros de jogo ou amigos (Gertner, Rice e Hadley, 1994). As crianças julgadas como pouco inteligentes ou imaturas podem "viver de acordo" com essas expectativas, e sua auto-imagem pode ser prejudicada.

O tratamento da fala e da linguagem para crianças com atrasos no desenvolvimento da linguagem deve começar com uma avaliação profissional tanto da criança como da família. Ele pode incluir estratégias terapêuticas focalizadas em formas específicas de linguagem, uma programa pré-escolar especializado dirigido a habilidades de linguagem e programas de acompanhamento na escola ou fora dela durante o ensino fundamental (Rice, 1989).

Uma técnica promissora, tanto para crianças normais como para aquelas que apresentam atraso de linguagem ou que estão em risco de desenvolver problemas de leitura, é a *leitura dialógica*. Nesse método, a leitura de livros ilustrados torna-se um veículo de diálogo entre pais e filhos. Os pais aprendem a fazer perguntas com o pronome "o que", a fazer mais perguntas depois que a criança responde, a repetir e expandir o que a criança diz, a corrigir respostas erradas e oferecer possibilidades alternativas, a ajudar a criança quando necessário e a fazer elogios e dar encorajamento. Com pré-escolares com mais idade, encorajam a criança a relacionar a história com a própria experiência ("Você já viu um pato nadando? Como era?"). Em um experimento, crianças de 3 a 6 anos com atrasos de linguagem leves a moderados e cujas mães foram treinadas em leitura dialógica tendiam a responder mais às perguntas do que antes e a utilizar uma maior variedade de palavras e frases mais longas. Essas crianças melhoraram mais do que um grupo de comparação cujas mães tinham sido treinadas para utilizar princípios semelhantes nas conversas com seus filhos, mas não sobre livros (Dale, Crain-Thoreson, Notari-Syverson e Cole, 1996).

Por que ler junto é mais eficaz do que apenas conversar com a criança? A leitura compartilhada oferece uma oportunidade natural para dar informações e aumentar o vocabulário. Oferece um foco para a atenção e para perguntar e responder perguntas. Além disso, é agradável tanto para as crianças como para os adultos; promove a formação de laços emocionais e ao mesmo tempo, o desenvolvimento cognitivo.

alfabetização emergente

Em crianças pré-escolares, é o desenvolvimento de habilidades, conhecimento e atitudes que subjazem à leitura e à escrita.

Interação Social e Preparação para a Alfabetização

Alfabetização emergente é o desenvolvimento de habilidades, conhecimento e atitudes que subjazem à leitura e à escrita. Além de habilidades lingüísticas gerais, como vocabulário, sintaxe e compreensão de que a linguagem é utilizada para se comunicar, incluem-se aí habilidades específicas, como a compreensão de que as palavras são compostas de sons distintos ou *fonemas*, e a capacidade de ligar os fonemas às letras ou combinações de letras alfabéticas correspondentes (Whitehurst e Lonigan, 1998).

Quando adquirem as habilidades de que necessitarão para traduzir a palavra escrita em fala, as crianças também aprendem que a escrita pode expressar idéias, pensamentos e sentimentos. As crianças pré-escolares fingem escrever fazendo rabiscos, ordenando suas marcas da esquerda para a direita (Brenneman, Massey, Machado e Gelman, 1996). Posteriormente, aprendem a utilizar letras, números e formas semelhantes a letras para representar palavras, sílabas ou fonemas. Muitas vezes, sua ortografia é tão inventiva que nem elas conseguem lê-la (Whitehurst e Lonigan, 1998).

A interação social pode promover a alfabetização emergente. As crianças tendem mais a se tornar boas leitoras e escritoras se, durante os anos pré-escolares, os pais oferecem desafios de conversação para os quais as crianças estão preparadas - se utilizarem um vocabulário rico e centrarem a conversa à mesa nas atividades diárias ou em perguntas sobre por que as pessoas fazem as coisas e como as coisas funcionam. Essas conversas ajudam as crianças a aprender a escolher palavras e encadear as sentenças de forma coerente (Snow, 1990, 1993).

Em um estudo longitudinal de 24 famílias brancas, de classe média, com ambos os pais (Reese, 1995), a qualidade de conversação entre mãe e filho aos 3 e 4 anos - especialmente sobre fatos passados - prognosticava bem a capacidade de aprender a ler e escrever antes de ingressar na primeira série. Muito influente era a utilização de perguntas e comentários por parte das mães, que ajudavam as crianças a detalhar os eventos ou relacioná-los a outros incidentes. As crianças que assumiam o comando nessas conversações tinham maior probabilidade de serem contadores de história competentes na pré-escola.

Como discutimos no Capítulo 5, ler para as crianças é uma das melhores formas de preparar para a alfabetização. As crianças para as quais se lê em tenra idade aprendem que a leitura e a escrita vão da esquerda para a direita e de cima para baixo, e que as palavras são separadas por espaços (Siegler, 1998; Whitehurst e Lonigan, 1998). Isso também as motiva a aprender a ler.

Os adultos tendem a utilizar um de três estilos de leitura para crianças: o *estilo de descrição*, o *estilo de compreensão* e o *estilo orientado ao desempenho*. O primeiro estilo concentra-se na descrição do que está acontecendo nas ilustrações ("O que a mamãe e o papai estão comendo no café da manhã?"). No estilo de compreensão, a criança é estimulada a fazer inferências e previsões ("O que você acha que o leão vai fazer agora?"). Um leitor *orientado ao desempenho* lê a história do começo ao fim, introduzindo os principais temas de antemão e fazendo perguntas depois. Entre 50 crianças de 4 anos em Dunedin, Nova Zelândia, o estilo de descrição (semelhante à leitura dialógica) produziu os maiores benefícios gerais de vocabulário e letra, mas o estilo orientado ao desempenho foi mais benéfico para crianças que já iniciaram com vocabulários mais amplos (Reese e Cox, 1999).

Passar muito tempo assistindo à televisão pode privar as crianças destas oportunidades interativas de comunicação, mas uma exposição moderada a programas educativos pode ajudar a preparar as crianças para a alfabetização, especialmente quando os pais conversam com as crianças sobre o que estão vendo. Em um estudo, quanto mais tempo crianças de 3 a 5 anos passavam vendo *Vila Sésamo*, melhor era seu vocabulário (Rice, Huston, Truglio e Wright, 1990).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir as possíveis causas, consequências e tratamento dos atrasos de desenvolvimento da linguagem?
- ✓ Identificar fatores na preparação para a alfabetização?



Indicador

Que capacidades de memória expandem-se na segunda infância?

Memória e Outras Capacidades de Processamento de Informações

Durante a segunda infância, as crianças apresentam uma melhora significativa da atenção e da velocidade e eficiência com que processam as informações; elas começam a formar memórias de longa duração.

Reconhecimento e Recordação

Reconhecimento é a capacidade de identificar algo encontrado anteriormente (por exemplo, encontrar uma luva perdida em uma caixa de achados e perdidos). **Recordação** é a capacidade de reproduzir conhecimento pela memória (por exemplo, descrever, 1 luva para alguém). As crianças pré-escolares, como em todas as faixas etárias, saem-se melhor no reconhecimento do que na recordação, mas ambas as capacidades melhoram com a idade (Lange, MacKinnon e Nida, 1989; Myers e Perlmutter, 1978). Quanto mais familiaridade as crianças têm com um item, melhor podem recordá-lo.

A recordação depende tanto da motivação para adquirir habilidades como do modo como uma criança lida com uma tarefa. Em um estudo observacional (Lange, MacKinnon e Nida, 1989), crianças de 3 e 4 anos manusearam dois sortimentos de brinquedos sucessivamente e depois tentaram nomeados de memória. O melhor fator de prognóstico de sucesso era a *motivação para aprender*: a tendência de ser independente, auto-dirigido e, de modo geral, engenhoso, conforme avaliação do professor das crianças. O único outro fator relevante era o que a criança fazia enquanto estudava os brinquedos. Quanto mais as crianças nomeavam ou agrupavam os brinquedos, ou ficavam pensando e repetindo seus nomes (em outras palavras, utilizavam estratégias de auxílio à memória), melhor era sua recordação.

Formação de Memórias de Infância

Você consegue recordar alguma coisa que lhe aconteceu antes dos 3 anos? É provável que não. Essa incapacidade de lembrar experiências antigas é chamada de *amnésia infantil*. Uma explicação, mantida por Piaget (1969) e outros, é a de que os primeiros acontecimentos não são armazenados na memória. Freud acreditava que as primeiras lembranças são reprimidas por serem emocionalmente perturbadoras. Alguns estudiosos do processamento de informações sugeriram que as primeiras lembranças tornam-se inacessíveis porque não são *codificadas* (preparadas para armazenamento), como o são as lembranças posteriores. Nenhuma dessas explicações sustenta-se por pesquisas recentes (Nelson, 1992, 1993b). Crianças muito pequenas parecem lembrar-se de coisas que lhes aconteceram. Até mesmo crianças de menos de 2 anos são capazes de falar sobre coisas que ocorreram um mês antes, e crianças de 4 anos lembram-se de viagens que fizeram aos 2 anos (Nelson, 1992). Por que, então, essas primeiras lembranças não duram? E como as crianças começam a formar lembranças permanentes? Para responder a essa pergunta, um pesquisador fez distinção entre três tipos de memória de infância: *genérica*, *episódica* e *autobiográfica* (Nelson, 1993b).

A **memória genérica**, que se inicia aproximadamente aos 2 anos, produz um **roteiro**, esboço geral de um fato familiar repetido, sem detalhes de tempo ou lugar. O roteiro contém rotinas para situações que se repetem; ele ajuda uma criança a saber o que esperar e como agir. Por exemplo, uma criança pode ter roteiros para ir de ônibus até a pré-escola ou almoçar na casa da avó.

Memória episódica é a consciência de ter tido uma determinada experiência ocorrida em um tempo e lugar específico. Ela depende do reconhecimento emergente de que o conhecimento geral se baseia em experiências específicas (Welch-Ross, 1997). Crianças mais novas se lembram melhor de ocorrências únicas ou novas. Crianças de 3 anos são capazes de recordar detalhes sobre um passeio ao circo por um ano ou mais (Fivush, Hudson e Nelson, 1983), ao passo que memórias genéricas de ocorrências frequentes (como ir ao parque) tendem a se confundir umas com as outras. Entretanto, em função da limitada capacidade de memória de uma criança pequena, as memórias episódicas são temporárias. A menos que se repitam diversas vezes (em cujo caso são transferidas para a memória genérica), duram algumas semanas ou alguns meses e depois desaparecem. Um dos motivos pelos quais as crianças pequenas não se lembram bem dos fatos é o de que elas prestam atenção a detalhes exatos de um fato, os quais são facilmente esquecidos, ao passo que crianças com mais idade e adultos concentram-se no ponto principal do que aconteceu. Além disso, em função de seu menor conhecimento sobre o mundo, as crianças pequenas podem não perceber aspectos importantes de uma situação. A confiabilidade da memória episódica das crianças tornou-se uma questão importante nos processos que envolvem acusações de abuso infantil (ver Quadro 7-2).

reconhecimento

Capacidade de identificar um estímulo previamente conhecido. Compare com *recordação*.

recordação

Capacidade de reproduzir conhecimento pela memória. Compare com *reconhecimento*.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Comparar a capacidade de reconhecimento e recordação de crianças pré-escolares?

memória genérica

Memória que produz um roteiro de rotinas familiares para orientar o comportamento.

roteiro

Esboço geral recordado de um fato familiar repetido, utilizado para orientar o comportamento.

memória episódica

Memória de longo prazo de experiências ou de fatos específicos, ligada a tempo e lugar.

"Você se lembra de quando fomos de avião visitar o vovô e a vovó?". As crianças pequenas lembram-se melhor de fatos novos e únicos e podem lembrar-se de vários detalhes de uma viagem especial por um ano ou mais.



memória autobiográfica

Lembrança de fatos específicos de nossa vida pessoal.

A **memória autobiográfica** refere-se às lembranças que formam a história de vida de uma pessoa. Essas memórias são específicas e de longa duração. Embora a memória autobiográfica seja um tipo de memória episódica, nem tudo na memória episódica torna-se parte dela - somente as lembranças que guardam um significado especial para a criança.

Para a maioria das pessoas, a memória autobiográfica começa em torno dos 4 anos e raramente antes dos 3, aumentando lentamente entre os 5 e os 8 anos; as lembranças a partir de então podem ser evocadas por 20, 40 ou mais anos. Os indivíduos diferem quanto ao início da memória autobiográfica; algumas pessoas têm lembranças vividas dos 3 anos, enquanto outras não se lembram de quase nada de antes dos 8 (Nelson, 1992).

Isso sugere que a memória autobiográfica (e o declínio da amnésia infantil) está relacionada com o desenvolvimento da linguagem. A capacidade de falar sobre um fato pode não ser necessária para que uma criança pequena recorde dele, mas as habilidades verbais podem determinar se e como as memórias podem ser levadas para a vida posterior (Fivush e Schwarzmüller, em fase de elaboração). Somente depois de poderem colocar as lembranças em palavras, as crianças podem mantê-las em suas mentes, refletir sobre elas e compará-las com as lembranças dos outros.

Segundo o **modelo de interação social**, baseado na teoria sociocultural de Vygotsky, as crianças constroem cooperativamente memórias autobiográficas ao conversarem com os pais ou com outros adultos importantes sobre fatos passados compartilhados, como Wang Yani sempre fazia com seu pai (Nelson, 1993a). Os pais iniciam e orientam essas conversas, o que permite às crianças aprender sobre como as memórias organizam-se em forma narrativa em sua cultura (Welch-Ross, 1997). Quando os pais estimulam crianças de 2 e 3 anos fazendo perguntas frequentes sobre contexto ("Quando você encontrou a pinha?", "Onde você a encontrou?", "Quem estava junto?"), as crianças logo aprendem a incluir essas informações (Peterson e McCabe, 1994). Quando os pais de crianças de 3 anos comentam sobre reações subjetivas ("Você queria descer de tobogã", "Era uma tigela *imensa*", "Mamãe estava *errada*"), aos 5 anos e 6 meses, as crianças tendem mais a entrelaçar esses comentários com suas reminiscências (Haden, Haine e Fivush, 1997).

É importante não esquecer que a maioria das pesquisas sobre memória concentrou-se em crianças norte-americanas ou européias ocidentais de classe média, as quais falam desde pelo menos os 2 anos. Recentemente estamos começando a aprender sobre a relação entre memória e linguagem entre crianças que começam a falar mais tarde em função de práticas culturais e sociais diferentes, ou entre crianças surdas de pais com audição normal que não podem se comunicar com eles tão facilmente (Nelson, 1993b).

modelo de interação social

Modelo, baseado na teoria sociocultural de Vygotsky, que propõe que as crianças constroem memórias autobiográficas através de conversação com os pais sobre fatos passados compartilhados.

Pense sobre isso . . .

- Que informações você buscaria e que fatores você levaria em consideração para decidir dar crédito ao testemunho de um pré-escolar em um caso de abuso infantil?



Em Termos Práticos

Quadro 7-2

Podemos Confiar no Testemunho Ocular de Crianças?

O abuso infantil é um crime que, muitas vezes, só pode ser provado pelo testemunho de crianças pré-escolares. Se o testemunho de uma criança for incorreto, um adulto inocente pode ser punido injustamente.

Constatou-se que em resposta a sugestões de adultos, as crianças "recordam-se" de fatos que nunca ocorreram. Por 11 semanas consecutivas, um entrevistador disse a uma criança de 4 anos "Você foi ao hospital porque prendeu o dedo em uma armadilha para ratos. Isso já lhe aconteceu?". Inicialmente o menino respondeu "Não, eu nunca fui ao hospital". Na segunda entrevista, ele disse "Sim, eu chorei". Na décima primeira entrevista, ele fez uma descrição detalhada do ocorrido e de sua ida ao hospital, que agora ele dizia ter ocorrido no dia anterior (Ceci, em Goleman, 1993).

É muito difícil detectar a falsidade de uma narrativa se uma criança passou a acreditar nela e teve os detalhes fornecidos por um entrevistador tendencioso (Bruck e Ceci, 1997; Bruck, Ceci e Hembrooke, 1998). Isso pode acontecer através da utilização de imagens guiadas. As crianças solicitadas a imaginar ou fingir que alguma coisa aconteceu podem começar a pensar que ela *realmente* aconteceu (Bruck e Ceci, 1997).

As crianças pequenas tendem a ser mais sugestionáveis que crianças com mais idade. Essa diferença pode dever-se à memória episódica mais fraca das crianças pequenas e sua maior vulnerabilidade a subornos, ameaças e expectativas adultas (Bruck, Ceci e Hembrooke, 1998; Ceci e Bruck, 1993; Leichtman e Ceci, 1995). Crianças pequenas também tendem a ter dificuldade no *monitoramento da fonte* (identificar a origem das memórias); podem não saber se "lembra" de algo por experiência própria ou por terem imaginado, ouvido falar ou sido indagadas a respeito (Woolley e Bruell, 1996).

Em um experimento, os pesquisadores fizeram um homem chamado "Sam Stone" fazer uma visita a uma creche por alguns minutos (Leichtman e Ceci, 1995). O visitante comentou sobre uma história que estava sendo contada, andou pela sala e depois se despediu e saiu. Algumas das crianças que presenciaram o fato ouviram vários comentários sobre "Sam Stone" antes de sua visita, representando-o como estabonado e bem-intencionado. Outras, quando entrevistadas após a visita, receberam falsas sugestões de que ele havia rasgado um livro e sujado um ursinho de brinquedo. Um terceiro grupo recebeu tanto a preparação estereotipada antecipada como o questionamento enganoso.

Após quatro entrevistas semanais, quase a metade das crianças de 3 e 4 anos e 30% das de 5 e 6 anos do terceiro grupo espontaneamente relataram sobre o livro rasgado e o ursinho sujo a um novo entrevistador; quando sondadas, quase 3 de cada 4 crianças menores disseram que o visitante tinha feito uma ou ambas as coisas. Proporções menores dos grupos que receberam *somente* a preparação antecipada ou questionamento sugestivo fizeram relatos falsos, geralmente em resposta à sondagem. Em contraste, nenhuma das crianças de um grupo-controle, que não havia recebido preparação antecipada nem questionamento sugestivo, fez relatos falsos espontaneamente; e mui-

to poucas o fizeram mesmo quando sondadas, demonstrando que o testemunho de crianças pequenas *pode* ser correto quando obtido de forma neutra.

Os relatos tendem a ser mais confiáveis quando as crianças são entrevistadas apenas uma vez, logo após o evento, por pessoas que não têm uma opinião sobre o que aconteceu, que não fazem perguntas tendenciosas, que fazem perguntas abertas e não de "sim" ou "não", que não fazem as mesmas perguntas diversas vezes, que são pacientes e não fazem julgamentos morais e que não recompensam ou reforçam as respostas seletivamente, nem expressam ameaças ou acusações veladas. A probabilidade de um falso testemunho aumenta se o entrevistador utiliza mais do que uma técnica sugestiva (Bruck e Ceci, 1997; Bruck e Ceci e Hembrooke, 1998; Leichtman e Ceci, 1995; Steward e Steward, 1996).

A maioria das crianças de 4 a 6 anos - 4 de cada 5 em um estudo - tendem a não aceitar falsas sugestões sobre algum evento em que estavam pessoalmente envolvidas (serem tocadas na perna em vez de no braço), mas são mais sugestionáveis quando respondem a perguntas tendenciosas. A sugestionabilidade parece diminuir depois dos 4 anos e 6 meses (Portwood e Repucci, 1996). Entretanto, algumas crianças, independentemente da idade, são mais sugestionáveis do que outras (Bruck e Ceci, 1997).

Segundo algumas pesquisas, muitas crianças que possuem bonecas anatomicamente completas introduzem o dedo ou varetas na vagina ou no ânus das bonecas, dizendo que alguém fez isso com elas, mesmo que isso não tenha acontecido (Bruck e Ceci, 1997; Ceci e Bruck, 1993). Em outros estudos, a utilização de bonecas *não* aumentou os falsos relatos, produzindo, ao contrário, relatos mais completos. As crianças pequenas podem precisar de indicadores externos como estímulo à memória (Steward e Steward, 1996).

A vergonha pode inibir algumas crianças de informar abuso sexual. Quando questionadas sobre exames médicos, garotas de 5 e 6 anos quase não fizeram falsos relatos de contato genital, mesmo que bonecas fossem utilizadas. Tendiam muito mais a *deixar de* relatar um contato que *realmente* ocorreu (Saywitz, Goodman, Nicholas e Moan, 1991). A relativa privacidade e impessoalidade de uma entrevista auxiliada por computador pode encorajar a revelação (Steward e Steward, 1996).

Crianças pequenas são propensas a cometer erros ao recordarem detalhes precisos de um evento que varia com repetição (Powell e Thomson, 1996). Tendem a confundir o que aconteceu durante o episódio em questão com o que aconteceu durante outros episódios semelhantes; tudo pode misturar-se na memória formando um "roteiro" genérico. Assim, uma criança pode ter problemas para responder a perguntas sobre um *caso específico* de abuso, muito embora se lembre corretamente de um *padrão* de abuso.

Muitas vezes, o testemunho das crianças é excluído porque elas não conseguem demonstrar um claro entendimento da diferença entre verdade e falsidade e da moralidade e consequências de contar uma mentira. Além disso, elas não com-



preendem essas perguntas do modo como são feitas ou não são capazes de explicar os conceitos envolvidos. Somado a isso, crianças violentadas freqüentemente apresentam sérios atrasos no desenvolvimento da linguagem. A Tarefa Ilustrada de Competência de Juramento, de Lyon-Saywitz, evita esses problemas simplesmente perguntando a uma futura testemunha jovem se uma criança de uma história está dizendo a verdade sobre o evento ilustrado e o que aconteceria se a criança contasse uma mentira. Entre 192 crianças de 4 a 7 anos que sofreram maltrato e que aguardavam comparecimento no tribunal, a maioria das crianças de 5 anos realizou com êxito essa tarefa, e até crianças

de 4 anos tiveram resultados superiores aos que poderiam ser atribuídos a acaso (Lyon e Saywitz, 1999).

Questões relativas à confiabilidade do testemunho de crianças pequenas ainda estão sendo avaliadas, mas parece que as crianças *são capazes* de oferecer testemunho confiável se técnicas de questionamento tendenciosas forem evitadas. Os pesquisadores estão tentando desenvolver e validar técnicas de questionamento "modelo" que possam expor os adultos que machucam crianças e, ao mesmo tempo, proteger aqueles que podem ser falsamente acusados (Bruck, Ceci e Hembrooke, 1998).

Influências na Memória Autobiográfica

Por que algumas memórias de infância duram mais do que outras? Um fator, como vimos, é a singularidade do evento. Um segundo fator é a participação ativa das crianças, seja no evento propriamente dito, seja ao narrá-lo ou revivê-lo. Um terceiro fator é o modo como os pais conversam com as crianças sobre o passado. Por fim, a teoria da mente da criança pode ter alguma influência.

As crianças pequenas tendem a se lembrar melhor das coisas que *fizeram* do que daquelas que apenas *viram*. Um estudo na Nova Zelândia (Murachver, Pipe, Gordon, Owens e Firush, 1996) mediu a memória que crianças de 5 e 6 anos tinham sobre um evento novo (visitar um "pirata") que observaram, sobre o qual ouviram um relato ou que experimentaram diretamente. Alguns dias depois, as crianças recordavam-se de detalhes (como experimentar roupas de pirata, conduzir o navio, fazer um mapa do tesouro e encontrar o tesouro) de maneira mais completa, precisa e organizada quando elas mesmas haviam participado, necessitando de menos estímulo ou lembretes para isso. O efeito da experiência direta foi influenciado pela freqüência com que o evento repetiu-se e com que variações, com que lógica o evento estruturou-se, e se as crianças foram solicitadas a revivê-lo ou apenas descrevê-lo (Murachver et al., 1996).

O modo como os adultos conversam com uma criança sobre uma experiência compartilhada pode influenciar o quanto a criança se recordará dela (Haden e Fivush, 1996; Reese e Fivush, 1993). Quando uma criança "emperra", os adultos com um estilo *repetitivo* de conversação tendem a repetir o que já disseram ou perguntaram. Adultos com um estilo *detalhista* tendem a passar para um novo aspecto do evento ou acrescentar mais informações. Um exemplo do primeiro estilo seria perguntar "Você se lembra de como viajamos à Flórida?" e depois, não recebendo resposta, perguntar "Como chegamos lá? Nós entramos no_____". No estilo detalhista, a primeira pergunta poderia ser seguida por "Nós fomos de carro ou de avião?". Pais com estilo detalhista de conversação parecem mais preocupados em ter uma conversa mutuamente compensadora e afirmar as respostas da criança, ao passo que pais repetitivos preocupam-se mais em verificar o desempenho mnemônico da criança. Aos 3 anos, os filhos de pais de estilo detalhista travam conversas mais longas e lembram-se de mais detalhes dos eventos, além de tenderem a se lembrar melhor deles aos 5 e 6 anos (Reese, Haden e Fivush, 1993).

Memória Implícita

Algumas memórias - os tipos que estivemos discutindo - são conscientes (explícitas); outras, como mencionamos no Capítulo 5, são preservadas de forma inconsciente (implícita) (Lie e Newcombe, 1999; Newcombe e Fox, 1994). Em um estudo, crianças de 9 e 10 anos viram fotografias de colegas da pré-escola que não viam há cinco anos, juntamente com fotos de crianças que nunca conheceram. Apenas uma de cada cinco crianças reconheceu seus ex-colegas. Os pesquisadores mediram a *condutância epidérmica* das

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar como o desenvolvimento da linguagem pode contribuir para o surgimento da memória autobiográfica?
- ✓ Identificar fatores que influenciam a recordação que uma criança pequena terá de um fato?

Pense sobre isso ...

- Considerando que um estilo conversacional detalhista parece mais eficaz para desenvolver a memória autobiográfica de crianças pequenas, você acha que os pais deveriam ser treinados para utilizá-los? Justifique sua resposta. Que dificuldades você antevê?

crianças (movimento dos impulsos elétricos através da pele) enquanto elas viam as fotografias. Em um pequeno, porém significativo número de casos, respostas positivas apareceram quando as crianças viram fotografias de seus ex-colegas, mesmo quando elas não reconheciam conscientemente os rostos (Newcombe e Fox, 1994). De modo semelhante, quando crianças de 8 anos foram testadas para memória implícita pedindo-lhes que fizessem a correspondência entre as vistas frontais dos rostos das crianças e vistas laterais que mostravam apenas traços parciais, as crianças cometeram menos erros com os rostos de ex-colegas do que com rostos de crianças desconhecidas (Lie e Newcombe, 1999). Essas descobertas sugerem que as pessoas podem preservar memórias antigas das quais não têm consciência e que podem afetar o comportamento.

Inteligência: Abordagens Psicométrica e Vygotskiana

Um fator que pode influenciar o desenvolvimento tanto da linguagem como da memória das crianças é a inteligência. Vamos examinar dois modos utilizados para medir a inteligência - os testes psicométricos tradicionais e os testes de potencial cognitivo, mais recentes - e as influências no desempenho das crianças.

Medidas Psicométricas Tradicionais

Uma vez que as crianças de 3, 4 e 5 anos são mais proficientes na linguagem do que crianças menores, os testes de inteligência agora podem incluir mais itens verbais; esses testes produzem resultados mais confiáveis do que os testes basicamente não-verbais utilizados no primeiro ano de vida. À medida que as crianças aproximam-se dos 5 anos, existe uma correlação mais alta entre seus resultados nos testes de inteligência e os resultados que alcançarão posteriormente (Bornstein e Sigman, 1986). Os testes de QI administrados próximo ao fim da pré-escola estão entre os que melhor predizem o futuro êxito escolar (Tramontana, Hooper e Selzer, 1988).

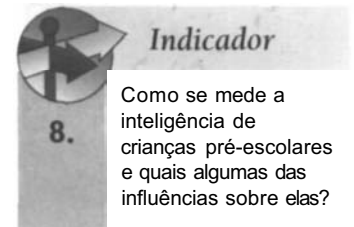
Embora as crianças em idade pré-escolar sejam mais fáceis de testar do que bebês e crianças pequenas, elas ainda precisam ser testadas individualmente. Os dois testes individuais mais comumente utilizados para pré-escolares são a Escala de Inteligência Stanford-Binet e a Escala de Inteligência Pré-Escolar e Primária de Wechsler. A **Escala de Inteligência Stanford-Binet**, o primeiro teste de inteligência infantil a ser desenvolvido, leva de 30 a 40 minutos. A criança é solicitada a definir palavras, seqüenciar contas, construir com blocos, identificar as partes que faltam em uma figura, achar o caminho em labirintos e demonstrar compreensão de números. O escore da criança mede a memória, a orientação espacial e o julgamento prático nas situações da vida real.

A quarta edição da Stanford-Binet, revisada em 1985, inclui uma proporção idêntica de itens verbais e não-verbais, quantitativos e de memória. Em vez de fornecer o QI como uma única medida geral de inteligência, a versão revisada avalia padrões e níveis de desenvolvimento cognitivo. A amostra de padronização atualizada é bem equilibrada em termos geográficos, étnicos, socioeconômicos e de gênero e inclui crianças deficientes.

A **Escala de Inteligência Pré-Escolar e Primária de Wechsler (Revisada)** (WPPSI-R), teste individual de uma hora utilizado com crianças de 3 a 7 anos, produz escores verbais e de desempenho separados, assim como um escore combinado. Suas escalas separadas são semelhantes às da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III), discutidas no Capítulo 9. A revisão de 1989 inclui novos subtestes e novos itens com figuras. Também foi padronizada com uma nova amostra de crianças representando a população de crianças em idade pré-escolar nos Estados Unidos. Uma vez que as crianças dessa idade cansam-se rapidamente e distraem-se com facilidade, o teste pode ser aplicado em duas sessões separadas.

Influências sobre a Inteligência Medida: A Família

Muitas pessoas acreditam que os escores de QI representam uma quantidade fixa de inteligência com a qual uma pessoa nasce. Isso não é verdade: o escore é simplesmente uma medida do quão bem uma criança é capaz de desempenhar determinadas tarefas em comparação com outras da mesma idade. Nos países industrializados, os escores das crianças nos testes aumentaram continuamente desde que começaram a ser aplicados, forçando os desenvolvedores a elevar as normas padronizadas. Isso é chamado de *efeito Flynn* (Flynn, 1984; 1987). Os motivos para essa tendência de aumento estão em



Escala de Inteligência Stanford-Binet

Teste individual de inteligência usado com crianças para medir a memória, a orientação espacial e o julgamento prático.

Escala de Inteligência Pré-Escolar e Primária de Wechsler (Revisada)

Teste de inteligência individual para crianças de 3 a 7 anos, o qual produz escores verbais e de desempenho separados, bem como um escore combinado.



Os pais de crianças que possuem alto QI tendem a ser afetuosos, amorosos e sensíveis e a encorajar a independência e a criatividade. Oferecer sugestões e estratégias para resolver um quebra-cabeças ou um problema - sem demonstrar forte aprovação ou desaprovação - pode promover o desenvolvimento cognitivo.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever dois testes de inteligência individual comumente utilizados com pré-escolares?
- ✓ Discutir diversas influências sobre a inteligência medida?
- ✓ Explicar por que o resultado em um teste de inteligência que utiliza a ZDP pode ser significativamente diferente do resultado em um teste psicométrico tradicional?

Pense sobre isso ...

- Qual é o significado dos testes de inteligência em crianças pequenas? Se você fosse um professor de creche ou pré-escola, você acha que seria útil conhecer o QI de uma criança? E a ZDP dela?
- Cite alguma ocasião em que você ou outra pessoa tenha utilizado "andaimes".

discussão; ela pode em parte refletir a exposição a programas educativos de televisão, pré-escolas, pais com melhor nível de instrução e uma ampla variedade de experiências, bem como mudanças nos próprios testes.

O desempenho de uma determinada criança em testes de inteligência é influenciado por muitos fatores, os quais incluem temperamento, correspondência entre o estilo cognitivo e a tarefa proposta, maturidade social e emocional, tranquilidade na situação de teste, capacidade de ler e escrever ou habilidades prévias à alfabetização, condição socioeconômica e origem étnica. (Examinaremos alguns desses fatores no Capítulo 9.)

Antigamente acreditava-se que o ambiente familiar desempenhava um papel importante no desenvolvimento cognitivo. Hoje a extensão dessa influência está em questão. Não sabemos o quanto da influência dos pais sobre a inteligência provém de sua contribuição genética e o quanto do fato de que são eles os responsáveis pelo ambiente inicial de aprendizagem.

Estudos de gêmeos e de adoção sugerem que a vida familiar exerce sua mais forte influência na segunda infância, e essa influência diminui muito na adolescência (McGue, 1997; Neisser et al., 1996). Entretanto, esses estudos foram feitos sobretudo com amostras de famílias de classe média e brancas; seus resultados podem não se aplicar a famílias de baixa renda e não-brancas (Neisser et al., 1996). Em dois estudos longitudinais recentes com crianças afro-americanas de baixa renda, embora a influência do ambiente doméstico diminuísse entre o primeiro ano de vida e a segunda infância, ela continuava sendo considerável - pelo menos tão forte quanto a influência do QI da mãe (Burchinal, Campbell, Bryant, Wasik e Ramey, 1997).

Como discutimos no Capítulo 5, as condições econômicas da família podem exercer forte influência, não tanto por si mesmas, mas no modo como afetam as práticas educativas e o ambiente doméstico. Todavia, a condição socioeconômica é apenas um entre diversos fatores de risco social e familiar. Avaliações de 152 crianças aos 4 e 13 anos não revelaram um padrão único de risco. Ao contrário, o QI de uma criança estava relacionado com o número total de fatores de risco, como comportamento, saúde mental, nível de ansiedade e nível de instrução da mãe, além de suas crenças sobre o desenvolvimento dos filhos, tamanho da família e apoio social, eventos de vida estressantes, ocupações dos pais e condição desfavorecida. Quanto maior era o número de riscos, menor era o QI da criança (Sameroff, Seifer, Baldwin e Baldwin, 1993).

Testes e Ensino Baseados na Teoria de Vygotsky

Uma forma de testagem desenvolvida na Rússia e que hoje está tornando-se influente nos Estados Unidos baseia-se na teoria sociocultural de Vygotsky (1978), apresentada no Capítulo 2. Segundo Vygotsky, as crianças aprendem pela internalização dos resultados de suas interações com adultos. Os adultos conduzem o aprendizado das crianças com mais êxito na *zona de desenvolvimento proximal* (ZDP), ou seja, em relação a tarefas que as crianças estão quase prontas para fazerem sozinhas.

Os testes baseados na abordagem de Vygotsky enfatizam as realizações potenciais em vez de presentes. Esses testes contêm itens que estão até dois anos acima do atual nível de competência de uma criança. Os itens que uma criança pode responder com auxílio determinam a ZDP ou o nível potencial de desenvolvimento. Vygotsky (1956) dá um exemplo de duas crianças, cada uma com idade mental de 7 anos (com base na capacidade de realizar várias tarefas cognitivas). Com o auxílio de perguntas de orientação, exemplos e demonstrações, Natasha pode facilmente resolver problemas projetados para uma idade mental de 9 anos, dois anos além de sua idade mental; mas Ivan, com o mesmo tipo de ajuda, só consegue fazer tarefas do nível de 7 anos e 6 meses. Se avaliarmos essas crianças pelo que sabem fazer sozinhas (como fazem os testes tradicionais de QI), a inteligência delas parece ser aproximadamente a mesma, mas se as avaliarmos pelo seu desenvolvimento potencial imediato - sua ZDP -, elas são muito diferentes.

A ZDP, aliada ao conceito relacionado de *andaimes* (consultar o Capítulo 2), pode ajudar pais e professores a orientar eficientemente o desenvolvimento cognitivo das crianças. Quanto menor a capacidade de uma criança para uma tarefa, mais orientação o adulto deve dar. A medida que a criança consegue fazer cada vez mais, o adulto ajuda cada vez menos. Quando a criança consegue executar a tarefa sozinha, o adulto retira o "andaime" que não é mais necessário.

Em um estudo, pediu-se a crianças de 3 e 4 anos que dessem orientações aos pais para encontrar um rato escondido em uma casa de bonecas. Os pais avisavam as crianças quando as orientações delas precisavam de maior esclarecimento. Os pais mostraram-se altamente sensíveis às necessidades de auxílio das crianças, dando estímulos mais diretivos a crianças de 3 anos, cujas orientações tendiam a ser menos claras do que as de crianças de 4 anos. Os pais utilizavam menos estímulos diretivos à medida que as crianças adquiriam experiência no fornecimento de orientações claras (Plumert e Nichols-Whitehead, 1996).

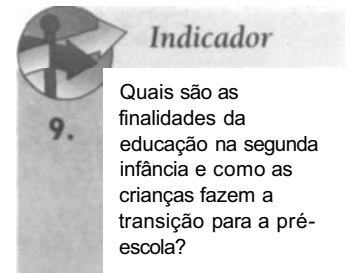
Educação na Segunda Infância

Ingressar na pré-escola é um passo importante, ampliando o ambiente físico, cognitivo e social de uma criança. Hoje existem mais crianças de 4 e até de 3 anos matriculadas em escolas da segunda infância do que nunca. A transição para a pré-escola, o início da "escola de verdade", é outro passo importante.

Metas e Tipos de Pré-Escola: Uma Visão Intercultural

Nos Estados Unidos e em muitos outros países ocidentais, geralmente considera-se que uma boa pré-escola é aquela que estimula o desenvolvimento em todos os domínios - físico, social, emocional e cognitivo - através da interação com professores, colegas e materiais selecionados. Oferece às crianças um ambiente fora de casa para explorar, no qual podem escolher entre atividades adaptadas a seus interesses, a suas capacidades e a seus estilos de aprendizagem individuais. Através do êxito nessas atividades, as crianças constroem confiança e auto-estima. Uma boa pré-escola permite que as crianças aprendam fazendo; estimula seus sentidos utilizando arte, música e materiais táteis - argila, água e madeira; estimula as crianças a observar, falar, criar e resolver problemas; através da narração de histórias, arte dramática, conversação e atividades escritas, ajuda as crianças a se prepararem para a alfabetização. Uma boa pré-escola ajuda as crianças a aprender a se relacionar com os outros e a desenvolver cooperação, negociação, conciliação e autocontrole. Talvez a contribuição mais importante da pré-escola seja fazê-las sentirem que a escola é divertida, que aprender é prazeroso e que elas são competentes.

O número de matriculados em pré-escolas nos Estados Unidos aumentou muito desde 1970. Muitas pré-escolas particulares atendem sobretudo famílias afluentes, de elevado nível de instrução, mas as escolas públicas - influenciadas em parte pelo êxito



Através do jogo, estes pré-escolares estão aperfeiçoando sua coordenação física, sua habilidade com números e sua capacidade de revezamento e cooperação. Uma boa pré-escola estimula todos os aspectos do desenvolvimento através da interação com professores treinados, colegas e materiais selecionados.

dos programas de compensação para crianças desfavorecidas (discutidos na próxima seção) - estão cada vez mais adotando a educação de nível pré-escolar. Como parte do debate sobre como melhorar a educação, há cada vez mais pressão para que as pré-escolas ensinem habilidades acadêmicas básicas. Os defensores da abordagem de desenvolvimento tradicional sustentam que os programas de orientação acadêmica negligenciam a necessidade de exploração e liberdade para brincar das crianças pequenas, e que, embora as crianças que participam desses programas possam inicialmente aprender mais, o excesso de instrução centrada no professor pode sufocar seu interesse e prejudicar a aprendizagem espontânea (Elkind, 1986; Zigler, 1987).

No Japão, as pré-escolas não são iguais às dos Estados Unidos, mas algumas questões semelhantes foram identificadas também naquele país (Holloway, 1999). Uma pré-escola japonesa típica, de acordo com os valores culturais aceitos, é *centrada na sociedade*; enfatiza habilidades e atitudes que promovem a harmonia do grupo. Essas escolas enfatizam rotinas sociais e de sala de aula; as crianças praticam a correta forma de cumprimentar a professora e aprender a manter seus pertences no lugar. As brincadeiras livres alternam-se com atividades dirigidas pelo professor, como projetos artísticos e apresentações em grupo. Os professores são afetuosos e entusiásticos, mas raras vezes falam diretamente com cada criança, dirigindo-se ao grupo como um todo (Holloway, 1999).

Dois outros tipos de pré-escola surgiram nos Japão nos últimos anos: *centrada na criança e centrada em papéis*. As pré-escolas centradas na criança surgiram em resposta à crítica de que as pré-escolas centradas na sociedade desencorajam a auto-expressão e a criatividade - qualidades necessárias na sociedade industrial moderna em que se transformou o Japão. Os programas centrados na criança, em consonância com as diretrizes do Ministério da Educação japonês, são mais individualizados, mais semelhantes aos programas ocidentais. As crianças escolhem livremente as atividades e interagem individualmente com seus professores.

Em contraste, os programas *centrados em papéis*, que representam cerca de 30% das pré-escolas japonesas particulares, rejeitam o individualismo ocidental e enfatizam os princípios japoneses tradicionais. Concentram-se na preparação das crianças para os papéis que desempenharão na sociedade. Enquanto as pré-escolas centradas na sociedade minimizam a importância da aprendizagem acadêmica, nas pré-escolas centradas em papéis as crianças estudam não apenas as "matérias básicas" - leitura, escrita e matemática - mas também inglês, arte, ginástica, esgrima, cerimonial do chá e dança japonesa. As crianças são encorajadas a escolher atividades que fortaleçam seus pontos fracos. Essas escolas afirmam o ideal japonês de aprendizagem pela adversidade. As crianças devem ficar sentadas em silêncio por longos períodos, fazendo as tarefas dirigidas pelo professor. Em contraste com o ambiente de burburinho, até turbulento, dos outros dois tipos de pré-escola, as escolas centradas em papéis enfatizam a disciplina, o silêncio e a ordem.

Qual é o melhor tipo de pré-escola para as crianças? A resposta precisa levar em consideração valores culturais. Estudos realizados nos Estados Unidos apóiam uma abordagem centrada na criança e em seu desenvolvimento. Um estudo de campo (Marcon, 1999) comparou 721 crianças afro-americanas de 4 e 5 anos, em sua maioria de baixa renda, de três tipos de pré-escola em Washington: *iniciada pela criança, de orientação acadêmica e meio-termo* (uma mistura das outras duas abordagens). As crianças dos programas de iniciativa própria, em que elas dirigiam ativamente suas próprias experiências de aprendizagem, sobressaíram nas habilidades acadêmicas básicas em todas as áreas de conteúdo. Também tinham habilidades motoras mais desenvolvidas do que os outros dois grupos e obtiveram escores mais altos do que o grupo de meio-termo em testes de comportamento e comunicação.

Estas descobertas sugerem que uma única filosofia coerente de educação pode funcionar melhor do que uma tentativa de misturar diversas abordagens, e que uma abordagem de orientação acadêmica parece menos efetiva do que uma abordagem centrada na criança. Entretanto, não podemos esquecer que as descobertas são apenas correlacionais, pois não era possível distribuir aleatoriamente as crianças nos três tipos de salas de aula.

O que acontece com os alunos que "se formam" nos diversos tipos de programas? Um estudo longitudinal (Schweinhart, Weikart e Lerner, 1986) acompanhou crianças de baixa renda de três programas pré-escolares de alta qualidade - iniciado pela criança, de orientação acadêmica e meio-termo - até o ensino médio. As crianças de todos os

três programas se saíram melhor no ensino fundamental do que as que não frequentaram qualquer tipo de pré-escola, mas as crianças do programa acadêmico tiveram mais problemas de comportamento. Aos 15 anos, muitas dessas crianças tinham perdido o interesse pela escola e haviam se envolvido em vandalismo ou delinquência.

Programas Pré-escolares Compensatórios

As crianças de condição socioeconômica desfavorecida, muitas vezes, ingressam na escola com considerável desvantagem. Elas podem aprender tanto quanto os colegas mais favorecidos, mas por já começarem atrasadas permanecem atrasadas (Stipek e Ryan, 1997). Desde a década de 1960, programas em larga escala foram desenvolvidos para ajudar essas crianças a compensar o que perderam e prepará-las para a escola.

O programa pré-escolar compensatório para crianças de famílias de baixa renda nos Estados Unidos é o Projeto Head Start, lançado em 1965. Os administradores do Head Start adotaram uma abordagem "integral" da criança. Seus objetivos eram melhorar a saúde física, aperfeiçoar as habilidades cognitivas e promover a autoconfiança, os relacionamentos com os outros, a responsabilidade social e o sentimento de dignidade e valor próprio da criança e da família. O programa fornece assistência médica, odontológica e psiquiátrica, assistência social e pelo menos uma refeição quente por dia. Devido à insuficiência de verbas, o Head Start atende somente cerca de um terço das crianças de 3 e 4 anos que poderiam ser beneficiadas (Children's Defense Fund, 1998).

O Head Start (Vantagem Inicial) faz jus ao nome que tem? De modo geral, sim. O programa provavelmente teve mais impacto sobre a saúde física e o bem-estar (Zigler e Styfco, 1994). As crianças que participam do programa também demonstram ganhos cognitivos e lingüísticos consideráveis, sendo as crianças mais necessitadas as que mais se beneficiam. Por terem melhores condições de saúde, as crianças do Head Start se ausentam menos. Também se saem melhor em testes de controle motor e desenvolvimento físico (Collins e Deloria, 1983). O Head Start teve um impacto positivo sobre auto-estima, socialização e maturidade social (McKey et al., 1985). Os programas Head Start de maior êxito foram os que tiveram maior participação dos pais, os melhores professores, as menores turmas e os serviços mais extensivos.

Uma das maiores preocupações é que os aumentos de QI não duram. Embora os participantes do Head Start obtenham melhores resultados em testes de inteligência do que outras crianças com experiência semelhante, essa vantagem desaparece depois que as crianças ingressam na escola. Os alunos do Head Start também não alcançaram o desempenho na escola ou em testes padronizados de uma criança mediana de classe média (Collins e Deloria, 1983; Zigler e Styfco, 1993, 1994). Ainda assim, as crianças do Head Start e outros programas semelhantes têm menos chances de serem colocadas em educação especial ou repetirem de série e mais chances de concluir o ensino médio do que crianças de baixa renda que não frequentaram programas pré-escolares compensatórios (Neisser et al., 1996).

Os partidários dos programas compensatórios dizem que os resultados apontam para a necessidade de uma intervenção mais precoce e de maior duração (Zigler e Styfco, 1993, 1994). Em outro programa compensatório de larga escala financiado pelo governo, o Chicago Child Parent Centers, que vai da pré-escola à terceira série, o período a mais de enriquecimento acadêmico melhorou significativamente o desempenho (Reynolds, 1994). E, com base nas experiências do Head Start e de outros programas pré-escolares compensatórios, os pesquisadores educacionais em anos recentes concentraram a atenção em intervenções mais precoces para bebês e crianças pequenas.

Alguns efeitos positivos do Head Start e de outros programas pré-escolares compensatórios persistiriam durante o ensino fundamental ou médio ou ainda mais tempo. Diversos estudos constataram benefícios duradouros para crianças matriculadas em programas pré-escolares compensatórios de alta qualidade (Darlington, 1991; Haskins, 1989). Um dos maiores benefícios é a menor probabilidade de delinquência juvenil (ver Capítulo 12). Crianças afro-americanas pobres que participaram do Programa Pré-Escolar Perry da High/Scope Educational Research Foundation (que antecedeu o Head Start) foram acompanhados até a idade de 27 anos. Comparado com um grupo sem experiência pré-escolar, tinham probabilidade muito maior de concluir o ensino médio, ingressar no ensino superior ou em treinamento vocacional e estarem empregadas. Também se saíram melhor em testes de competência e tinham menos chances de viver de seguro desemprego e de terem sido presas, e as mulheres tinham menos chances de

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Comparar os objetivos dos diversos tipos de programas pré-escolares nos Estados Unidos e no Japão?
- ✓ Resumir as descobertas sobre os efeitos de curto e longo prazo dos programas pré-escolares acadêmicos e centrados na criança?

Pense sobre isso ...

- O objetivo primordial da pré-escola deveria ser prover uma forte base acadêmica ou promover o desenvolvimento social e emocional?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Avaliar os benefícios da educação pré-escolar compensatória?

Pense sobre isso ...

- A educação compensatória com verbas públicas é a melhor forma de ajudar crianças pobres a recuperar seu atraso?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir os fatores que influenciam a adaptação à pré-escola?

ter engravidado na adolescência (Berrueta-Clement, Schweinhart, Barnett, Epstein e Weikart, 1985; Schweinhart, Barnes e Weikart, 1993). Parece, portanto, que a educação na segunda infância pode ajudar a compensar a privação e que programas bem planejados produzem benefícios duradouros que excedem em muito o custo original (Haskins, 1989; Schweinhart et al., 1993).

A Transição para a Pré-escola

Para a maioria das crianças norte-americanas de hoje, a pré-escola é o início do aprendizado formal. A sineta que marca o início do primeiro dia da pré-escola representa uma mudança abrupta na vida de uma criança (Ladd, 1996).

Se em outros tempos era um ano de transição entre a relativa liberdade do lar ou da creche e a estrutura da "escola para valer", hoje a pré-escola tornou-se mais parecida com a 1ª série. As crianças passam menos tempo em atividades de sua preferência e mais em folhas de exercícios e de preparação para a leitura. Talvez pela primeira vez recebam uma avaliação crítica de suas habilidades. Em muitos locais, as crianças passam o dia todo na escola. Também existem propostas para alongar o ano escolar, não apenas para a pré-escola, mas para todas as séries. Quando uma escola de ensino fundamental de uma cidade do sudoeste de tamanho médio acrescentou 30 dias ao ano letivo, as crianças que passaram pelo programa de 210 dias superaram os estudantes inscritos no programa tradicional de 180 dias em provas de matemática, leitura, conhecimento geral e competência cognitiva no início da 1ª série (Frazier e Morrison, 1998).

Embora, a idade costumeira para ingressar na pré-escola seja 5 anos, cada vez mais as crianças estão iniciando-a em torno de 6 anos. A medida que aumentam as pressões acadêmicas e emocionais da pré-escola, muitos pais seguram as crianças por mais um ano. Algumas escolas oferecem um ano preliminar preparatório na creche com o intuito de proporcionar uma transição mais gradual para a pré-escola "normal".

Como as crianças se adaptam a este novo ambiente? A resposta pode depender tanto das características da criança - idade, sexo, competência cognitiva e social e capacidade de enfrentamento - quanto do apoio ou estresse produzido pelos ambientes doméstico, escolar e comunitário. As crianças que possuem larga experiência pré-escolar tendem a ser menos ansiosas e adaptar-se com mais facilidade do que aquelas que passam pouco ou nenhum tempo na creche. As crianças que brincavam em grupo na creche tendem a ser muito estimadas, mas as que eram agressivas ou anti-sociais tendem a ser hostis, destrutivas e impopulares. As meninas tendem mais do que os meninos a subestimar suas capacidades, ao passo que os meninos tendem mais a se comportar inadequadamente em aula. As crianças que começam a pré-escola com colegas que conhecem e de quem gostam, ou que têm uma "base segura" de amizades no bairro, geralmente se saem melhor (Ladd, 1996; ver Capítulo 8).

O relacionamento com o professor da pré-escola influencia muito o êxito de uma criança. As crianças que se relacionam bem com seus professores tendem a ter um bom desempenho acadêmico e envolver-se bastante nas atividades em sala de aula. As crianças que são excessivamente dependentes do professor ou antagônicas a ele tendem a se sair mal, não gostar da escola e envolver-se menos (Birch e Ladd, 1997).

O desenvolvimento das capacidades físicas e cognitivas da segunda infância tem implicações psicossociais, como veremos no Capítulo 8.

Resumo

DESENVOLVIMENTO FÍSICO

Aspectos do Desenvolvimento Físico

Indicador 1. Que modificações ocorrem nos corpos das crianças entre os 3 e 6 anos, e quais são suas necessidades nutricionais?

- O desenvolvimento físico continua dos 3 aos 6 anos, mas em ritmo mais lento do que na primeira infância. Os meninos são, em média, ligeiramente mais altos, pesados e musculosos do que as meninas. Os sistemas corporais internos estão amadurecendo, e todos os dentes de leite estão presentes.

- As crianças nessa idade costumam comer menos em proporção a seu peso, mas a prevalência de obesidade tem aumentado.

Indicador 2. Que padrões e problemas de sono tendem a se desenvolver durante a segunda infância?

- Os padrões de sono mudam durante a segunda infância, como ocorre durante toda a nossa vida, e são afetados pelas expectativas culturais.
- É normal que as crianças em idade pré-escolar desenvolvam rituais que adiem a hora de ir dormir e dependam de **objetos transicionais**. Embates prolongados na hora de dormir ou terrores ou pesadelos noturnos persistentes podem indicar perturbações emocionais que necessitam de atenção.
- A **enurese** é comum e geralmente superada sem auxílio especial.

Indicador 3. Quais são as principais realizações motoras da segunda infância?

- As crianças progridem rapidamente nas **habilidades motoras gerais**, nas **habilidades motoras refinadas** e na coordenação olho-mão, desenvolvendo **sistemas de ação** mais complexos.
- A **preferência no uso das mãos** geralmente é evidente aos 3 anos, refletindo o domínio de um hemisfério cerebral.
- As etapas do desenvolvimento artístico, que parecem refletir o desenvolvimento cerebral, compreendem a fase dos rabiscos, a fase da forma, a fase do desenho e a fase pictórica.

Saúde e Segurança

Indicador 4. Quais são os principais riscos à saúde e à segurança para as crianças?

- Muitas doenças contagiosas mais graves são atualmente raras nos países industrializados devido à imunização geral, e as taxas de mortalidade têm diminuído. Doenças evitáveis continuam sendo um problema importante no mundo desenvolvido.
- Doenças menos graves, como resfriados e outras doenças respiratórias, são comuns durante a segunda infância e ajudam a construir a imunidade à doença.
- Os acidentes, principalmente em veículos automotores, são a principal causa de morte de crianças na segunda infância nos Estados Unidos, mas têm diminuído. A maioria dos outros acidentes fatais ocorre em casa.
- Fatores ambientais, como exposição a **estresse**, fumo, pobreza e falta de moradia aumentam os riscos de doença ou dano. O envenenamento por chumbo pode ter graves efeitos físicos, cognitivos e comportamentais.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Abordagem Piagetiana: A Criança Pré-operacional

Indicador 5. Quais são os típicos avanços cognitivos e os aspectos imaturos do pensamento das crianças pequenas?

- As crianças no **estágio pré-operacional** de desenvolvimento cognitivo, aproximadamente dos 2 aos 7 anos, demonstram vários avanços importantes, bem como alguns aspectos imaturos do pensamento.
- A **função simbólica** permite que as crianças reflitam sobre pessoas, objetos e eventos que não são fisicamente presentes. Evidencia-se na imitação diferida, no jogo de faz-de-conta e na linguagem.

- As crianças pré-operacionais são capazes de compreender o conceito de identidade. Não mais limitadas pela **hipótese da dupla representação**, podem fazer julgamentos mais precisos sobre as relações espaciais. Estão tornando-se proficientes na classificação e dominam os princípios de contagem e quantidade.
- Embora Piaget sustentasse que as crianças pré-operacionais raciocinam por **transdução**, pesquisas mais recentes sugerem que elas sabem pensar logicamente sobre a causa de eventos físicos familiares. Sua capacidade de categorizar as coisas vivas e não-vivas contesta a atribuição de **animismo** a crianças dessa idade feita por Piaget.
- A **centração** ou incapacidade de **descentrar** impede que as crianças pré-operacionais compreendam os princípios de **conservação**. Sua lógica também é limitada por **irreversibilidade** e foco em estados em vez de transformações.
- Embora as crianças pré-operacionais demonstrem **egocentrismo**, parecem menos egocêntricas do que Piaget pensava; por exemplo, elas (e até crianças menores) têm capacidade de **em-pafia**.
- A **teoria da mente**, que parece se desenvolver caracteristicamente entre os 3 e 5 anos, inclui a consciência de que a criança tem de seus próprios processos de pensamento, sua capacidade de distinguir fantasia de realidade, compreender que as pessoas podem ter falsas crenças, a capacidade de enganar e a capacidade de distinguir aparência e realidade.

Outros Aspectos do Desenvolvimento Cognitivo

Indicador 6. Como a linguagem aperfeiçoa-se e o que acontece quando seu desenvolvimento se atrasa?

- Durante a segunda infância, o vocabulário aumenta muito, ao que parece através do **rápido mapeamento**, e a gramática e a sintaxe tornam-se bastante sofisticadas. As crianças adquirem competência na **pragmática** à medida que utilizam **fala social**.
- A **fala privada** é normal e comum; pode auxiliar na transição para a auto-regulação e geralmente desaparece aos 10 anos.
- As causas do atraso no desenvolvimento da linguagem são incertas. Se não for tratado, esse atraso pode ter sérias consequências cognitivas, sociais e emocionais.
- A interação com adultos pode promover a **alfabetização emergente**.

Indicador 7. Que capacidades de memória expandem-se na segunda infância?

- Em todas as idades, o **reconhecimento** é melhor do que a **recordação**, mas ambos aumentam durante a segunda infância.
- A **memória episódica** inicial é apenas temporária; desaparece ou é transferida para a **memória genérica**, que produz um **roteiro** de rotinas familiares para orientar o comportamento.
- A **memória autobiográfica** inicia-se em torno dos 4 anos e pode estar relacionada ao desenvolvimento da linguagem. Segundo o **modelo de interação social**, as crianças e os adultos constroem memórias autobiográficas conversando sobre suas experiências comuns.
- As crianças tendem a lembrar-se melhor de atividades pouco comuns das quais participaram ativamente. O modo como os adultos conversam com as crianças sobre os fatos influencia a formação de memória, assim como o faz a teoria da mente da criança.
- Memórias implícitas podem inconscientemente influenciar o comportamento.

Indicador 8. Como se mede a inteligência de crianças pré-escolares e quais algumas das influências sobre elas?

- Os dois testes psicométricos de inteligência mais comumente utilizados para crianças pequenas são a **Escala de Inteligência Stanford-Binet** e a **Escala de Inteligência Pré-Escolar e Primária de Wechsler (Revisada)**.
- O desempenho em testes de inteligência podem ser influenciados pelo funcionamento social e emocional, bem como pela interação entre os pais e a criança e fatores socioeconômicos. O ambiente familiar parece ter seu maior impacto na segunda infância.
- Novos testes baseados no conceito de Vygotsky de zona de desenvolvimento proximal (ZDP) são uma indicação de potencial imediato de realização. Esses testes, quando utilizados em conjunção com apoio temporário (andaimes), podem ajudar os pais e os professores a orientar o desenvolvimento das crianças.

Educação na Segunda Infância**Indicador 9. Quais são as finalidades da educação na segunda infância e como as crianças fazem a transição para a pré-escola?**

- As metas da educação pré-escolar variam nas diferentes culturas. Desde os anos de 1970, o conteúdo acadêmico dos programas de educação para a segunda infância nos Estados Unidos tem aumentado, causando preocupação sobre os efeitos da pressão acadêmica sobre as crianças pequenas. Há uma tendência semelhante em algumas pré-escolas japonesas. Para crianças de baixa renda nos Estados Unidos, os programas de orientação acadêmica parecem ser menos eficazes do que aqueles que são centrados nas crianças.
- Programas pré-escolares compensatórios, como o Projeto Head Start, têm tido resultados positivos, mas os participantes geralmente não alcançam o desempenho de crianças de classe média.
- A adaptação à pré-escola pode depender da interação entre as características da criança e as dos ambientes doméstico, escolar e comunitário.

Palavras-Chave

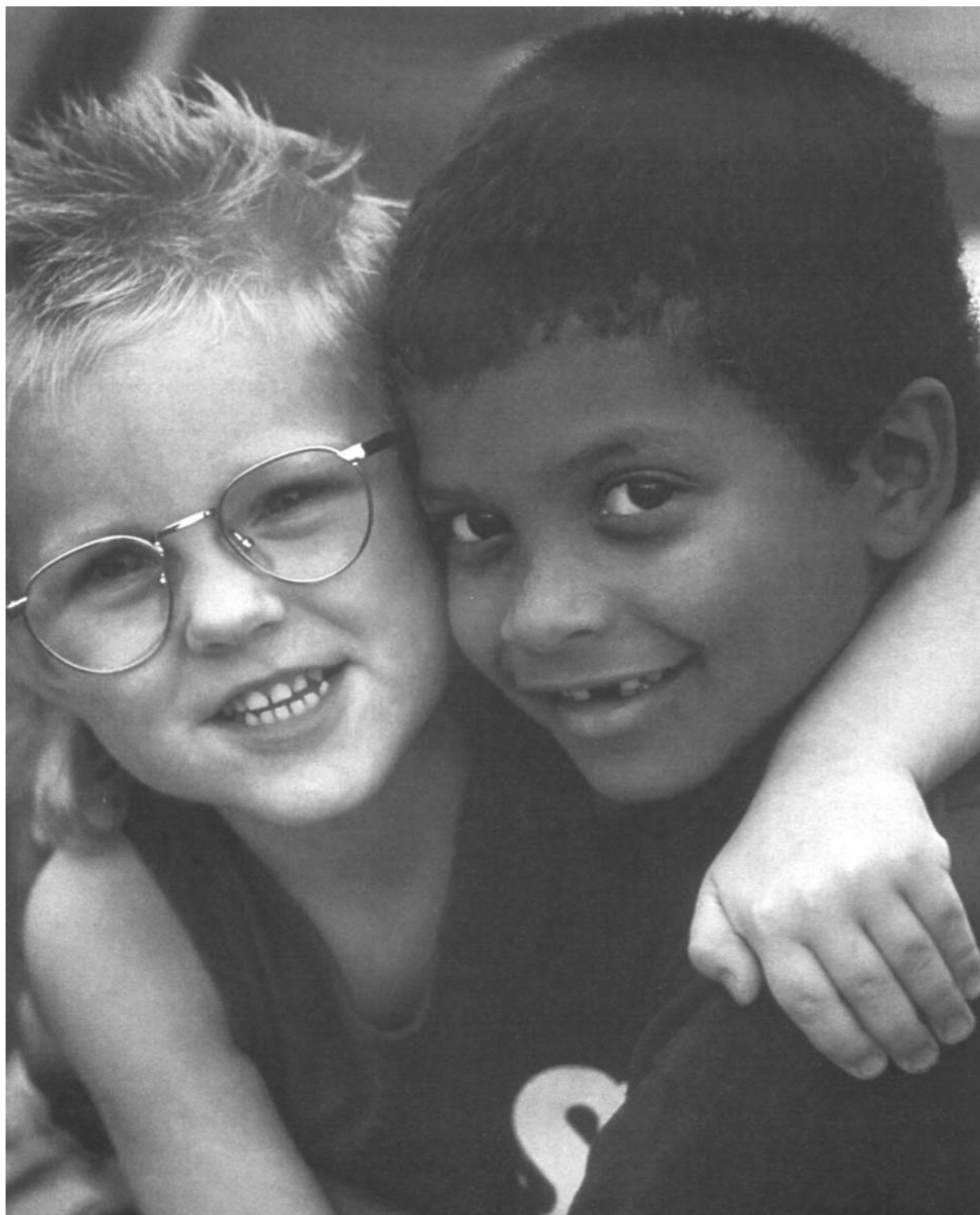
objetos transicionais (275)
 enurese (275)
 habilidades motoras gerais (276)
 habilidades motoras refinadas (276)
 sistemas de ação (276)
 preferência no uso das mãos (277)
 estresse (280)
 estágio pré-operacional (284)
 função simbólica (284)
 hipótese de dupla representação (285)
 transdução (286)
 animismo (287)

centração (288)
 descentrar (288)
 conservação (288)
 irreversibilidade (288)
 egocentrismo (289)
 empatia (290)
 teoria da mente (290)
 rápido mapeamento (294)
 pragmática (295)
 fala social (295)
 fala privada (295)
 alfabetização emergente (298)

reconhecimento (299)
 recordação (299)
 memória genérica (299)
 roteiro (299)
 memória episódica (299)
 memória autobiográfica (300)
 modelo de interação social (300)
 Escala de Inteligência Stanford-Binet (303)
 Escala de Inteligência Pré-Escolar e Primária de Wechsler, (Revisada) (303)

Capítulo 8

Desenvolvimento Psicossocial na Segunda Infância



A

s brincadeiras das crianças não são divertimento e devem ser vistas como suas ações mais sérias.

Montaigne, Ensaaios



Foco:

Eva Perón, "Uma Mulher do Povo"

Eva Perón (1919-1952) foi um enigma, uma mulher mítica e misteriosa que, como representado no musical *Evita*, de Andrew Lloyd Webber, ascendeu de suas humildes origens para se tornar a primeira-dama da Argentina, e de criança abandonada e ilegítima converteu-se em uma das mulheres mais poderosas de seu tempo. Seus seguidores a retrataram como amiga abnegada

dos trabalhadores oprimidos e como defensora dos direitos das mulheres. Seus inimigos denunciaram-na como sedenta de poder, manipuladora e cruel.

Existem dúvidas inclusive em relação aos fatos básicos da vida de Eva Perón, pois ela destruía registros e intimidava entrevistadores, e suas biografias estão repletas de contradições. Sobre um ponto, contudo, não há dúvida: as origens de seu resolutivo impulso para progredir remontam à segunda infância.

Eva (afetuosamente conhecida como Evita) nasceu em 7 de maio de 1919 no pequeno e empoeirado vilarejo de Los Toldos, localizado nos pampas (planícies agrícolas), a cerca de 322 km a oeste de Buenos Aires. Eva era a caçula ilegítima entre os cinco filhos de Juana Ibarguren, uma camponesa sem educação, e Juan Duarte, um pequeno estancieiro e magistrado que abandonara a esposa e três filhos na cidade vizinha de Chivilcoy. Quando Eva tinha quase 1 ano, seu pai retornou à sua primeira família.

Enquanto Duarte vivia com Dona Juana e seus filhos, a família desfrutava um estilo de vida confortável. Com a partida do pai, eles ficaram na pobreza. Mudaram-se para uma pequena casinha junto à via férrea, e Dona Juana começou a costurar, muitas vezes, trabalhando noite adentro. Ela cuidava para que seus filhos tivessem boas roupas e não passassem fome, mas os poucos brinquedos que tinham ou estavam quebrados ou eram de segunda mão.

As crianças eram vítimas não apenas de abandono e privação, mas também do estigma da ilegitimidade e dos cochichos dos aldeões. Mesmo depois que Duarte partiu, Dona Juana era vista como mulher sustentada. Embora não fosse incomum que um argentino tivesse uma amante, Eva e os irmãos mais velhos eram evitados pelas pessoas respeitáveis, e as crianças "de bem" eram proibidas de brincar com eles. Esses primeiros anos de pobreza, vergonha e insegurança despertaram um forte senso de injustiça em Eva e levaram-na a identificar-se com as pessoas comuns que aceitavam a ela e a sua família e a odiar as pessoas "de cima" que não se relacionavam com eles.

Eva tinha 6 anos quando seu pai morreu. Seu enterro foi um fato formativo, trazendo para casa a humilhação de sua dúbia identidade. Existe discórdia quanto a se sua mãe tentou estar presente ou apenas enviou os filhos. De qualquer maneira, as filhas legítimas do falecido barraram o caminho dos intru-

S U M Á R I O

FOCO: Eva Perón, "Uma Mulher do Povo"

O Desenvolvimento do Eu

O Autoconceito e o
Desenvolvimento Cognitivo
Compreendendo as Emoções
Erikson: Iniciativa *versus* Culpa
Auto-estima

Gênero

Diferenças de Gênero
Perspectivas sobre o
Desenvolvimento de Gênero:
Natureza e Experiência

Brincar: o Negócio da Segunda Infância

Maneiras de Brincar
A Dimensão Social do Brincar
Como o Gênero Influencia o
Brincar
Como a Cultura Influencia o
Brincar

A Educação dos Filhos

Formas de Disciplina
Estilos de Criação
Promovendo o Altruísmo e
Lidando com a Agressividade e
com o Medo
Maus-tratos: Abuso e Negligência

Relacionamentos com outras Crianças

Irmãos - ou sua Ausência
Parceiros e Amigos

* As fontes de informações sobre a vida de Eva Perón foram Barager (1968), Barnes (1978), Blanksten (1953), Flores (1952), Fraser e Navarro (1996), Guillermprieto (1996), Ortiz (1996), Perón (1951) e J. M. Taylor (1979).

sos, e ocorreu uma discussão violenta. De acordo com uma versão da história, o padrinho de Eva, amigo de seu pai, fez com que as crianças se unissem ao cortejo e carregou a pequena Eva em seus braços, posição da qual ela "fitava suas meias irmãs com.... implacável animosidade" (Flores, 1952, p. 18). Em outra versão, foi o prefeito da cidade, cunhado do morto, que intercedeu e obteve permissão para que os proscritos comparecessem ao funeral e depois se unissem ao cortejo atrás do caixão até o cemitério. "Eva, a mais jovem, era a última da fila... [Ela] jurou para si mesma que, um dia, ela seria a primeira" (Ortiz, 1996, p. 13).

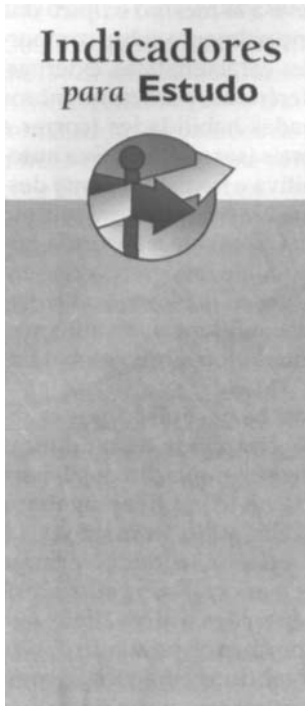
Criança enérgica e frágil, dada a acessos de raiva e instigada por sonhos de glória, Eva mudou-se para Buenos Aires aos 15 anos e iniciou sua meteórica ascensão para se tornar a consorte e depois a esposa do ditador militar Juan Perón. No auge de seu poder, ornada de diamantes, Eva Perón encontrava-se com governantes europeus, era proprietária de três jornais e criou uma fundação multimilionária, que construía hospitais, clínicas e escolas com verbas que seus opositores acusavam de serem extorquidas dos trabalhadores. Mesmo assim, era amada pelas massas e, até sua morte de câncer, aos 33 anos, jamais esqueceu suas humildes origens. Por observação direta, sabia que centenas de milhares de crianças argentinas careciam de comida, moradia, educação e higiene básica. Eram essas primeiras lições que Eva tinha em mente quando se autodenominava "Uma mulher do povo".

s experiências da infância de Eva Perón alimentaram seu ódio pelo sistema, seu desejo de poder e sua necessidade de amor e estima - temas que definiram sua personalidade. Na infância, aprendera o significado de ser pobre, ilegítima e do sexo feminino em sua sociedade. Compreendeu que, para ter segurança, uma mulher de sua classe precisava de um homem - compreensão da qual tirou vantagem com brilhantismo.

O período que vai dos 3 aos 6 anos é crítico no desenvolvimento psicossocial das crianças, como ocorreu com Eva Perón. A medida que o autoconceito das crianças se fortalece, elas aprendem a que sexo pertencem e começam a agir de acordo com isso. Seu comportamento também se torna mais socialmente dirigido.

Neste capítulo, discutiremos a compreensão que as crianças pré-escolares têm de si mesmas e de seus sentimentos. Veremos como surge sua identificação de si mesmas como masculinas e femininas e como isso influencia seu comportamento. Descreveremos a atividade habitualmente mais comum das crianças: brincar. Consideraremos a influência, tanto positiva como negativa, do que os pais fazem. Finalmente, discutiremos os relacionamentos com os irmãos e com outras crianças.

Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. Como se desenvolve o autoconceito durante a segunda infância? Como as crianças desenvolvem a compreensão de suas emoções?
2. Como as crianças pequenas desenvolvem a iniciativa e a auto-estima?
3. Como meninos e meninas conscientizam-se do significado do gênero? O que explica as diferenças de comportamento entre os sexos?
4. Como os pré-escolares brincam? Como as brincadeiras contribuem para o desenvolvimento e refletem-no?
5. Que formas de disciplina os pais utilizam e como os estilos e as práticas educativas influenciam o desenvolvimento?
6. Por que as crianças pequenas ajudam ou ferem as outras e por que elas desenvolvem temores?
7. Por que algumas crianças sofrem abuso ou negligência e quais são os efeitos dos maus-tratos?
8. Como as crianças pequenas relacionam-se com os irmãos ou lidam com a falta deles?
9. Como as crianças pequenas escolhem parceiros e amigos e por que algumas crianças são mais populares do que outras?

O Desenvolvimento do Eu

"Quem sou eu neste mundo? Ah, eis o grande enigma", disse Alice no País das Maravilhas, depois que mudou de tamanho mais uma vez. Resolver o "enigma" de Alice é o processo vitalício de conhecer a si mesmo.

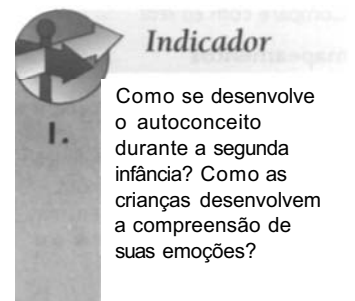
O Autoconceito e o Desenvolvimento Cognitivo

O **autoconceito** é a imagem que temos de nós mesmos. E nossa crença em relação a quem somos - nossa idéia global de nossas capacidades e de nossos traços de personalidade. Trata-se de uma "*construção cognitiva*,... um sistema de representações descritivas e de avaliação sobre si mesmo", o que determina como nos sentimos em relação a nós mesmos e orienta nossas ações (Harter, 1996, p. 207). O senso de identidade também possui um aspecto social: como Evita Duarte, marcada pelo estigma da ilegitimidade, as crianças incorporam em sua auto-imagem sua crescente compreensão de como os outros as vêem.

A imagem do eu torna-se mais nítida após o primeiro ano de vida, à medida que os bebês gradualmente aprendem que são separados das outras pessoas e coisas (ver Capítulo 6). O autoconceito fica mais claro e mais irresistível à medida que a pessoa adquire habilidades cognitivas e lida com as tarefas de desenvolvimento da infância, da adolescência e, depois, da idade adulta.

Como o autoconceito muda na segunda infância? Aos 4 anos, as tentativas de Jason de **autodefinição** vão-se tornando mais abrangentes quando ele começa a identificar um conjunto de características para descrever a si mesmo:

Meu nome é Jason e eu moro em uma casa grande com minha mãe, meu pai e minha irmã, Lisa. Eu tenho um gatinho cor de laranja e uma televisão no meu quarto... Eu gosto de pizza e tenho um professor legal. Eu sei contar até 100, quer ver? Adoro meu cachorro, o Skipper. Eu consigo subir até em cima do trepa-trepa e não fico com medo! Só feliz. Não se pode ser feliz e ter medo, de jeito nenhum! Eu tenho cabelos castanhos e vou à pré-escola. Eu sou forte mesmo. Posso levantar essa cadeira, veja! (Harter, 1996, p. 208)



autoconceito

Senso de identidade; quadro mental de descrição e avaliação de nossas capacidades e de nossos traços.

autodefinição

Conjunto de características utilizadas para descrever a si mesmo.



O autoconceito de uma criança pequena baseia-se principalmente em características externas, como as características físicas.

representações únicas

Na terminologia neopiagetiana, é a primeira etapa no desenvolvimento da autodefinição, em que as crianças descrevem-se em termos de características individuais, desconectadas, e em termos de tudo ou nada.

eu real

O eu que realmente somos.
Compare com eu *ideal*.

eu ideal

O eu que gostaríamos de ser.
Compare com eu *real*.

mapeamentos representacionais

Na terminologia neopiagetiana, é a segunda etapa no desenvolvimento da autodefinição, no qual a criança faz conexões lógicas entre aspectos do eu, mas ainda vê essas características em termos de tudo ou nada.

O modo como Jason descreve a si mesmo é típico das crianças dessa idade. Ele fala principalmente sobre comportamentos concretos, observáveis; características externas, como características físicas; preferências; posses; membros do domicílio. Ele cita determinadas habilidades (correr e subir) em vez de capacidades gerais (ser atlético). Sua auto-descrição é irrealisticamente positiva e freqüentemente des-camba para demonstrações; o que ele *pensa* sobre si mesmo é quase inseparável do que *ele faz*. Somente a partir da terceira infância (em torno dos 7 anos), ele irá descrever-se em termos de traços gerais, como *popular*, *inteligente* ou *burro*; reconhecer que pode ter emoções conflitantes; ser autocrítico e, ao mesmo tempo, manter um autoconceito global positivo.

Durante os últimos 25 anos, os pesquisadores se interessaram-se em identificar precisamente as mudanças intermediárias que constituem essa "transição dos 5 para os 7 anos". Uma análise baseada na teoria neopiagetiana (Case, 1985, 1992; Fischer, 1980) diz que a transição dos 5 para os 7 ocorre em três etapas, que, na verdade, formam uma progressão contínua.* Aos 4 anos, Jason está na pri-

meira etapa: suas afirmativas sobre si mesmo são **representações únicas**, itens isolados ou unidimensionais. Seu pensamento salta de um pormenor para outro, sem conexões lógicas. Nessa etapa, ele não consegue imaginar ter duas emoções ao mesmo tempo ("ser feliz e ter medo"). Ele não consegue descentrar, em parte por causa de limitada capacidade de sua memória operacional, e assim não consegue considerar diferentes aspectos de si mesmo ao mesmo tempo. Seu pensamento é de tudo ou nada. Ele não é capaz de reconhecer que seu **eu real**, a pessoa que ele realmente é, não é a mesma que a do seu **eu ideal**, a pessoa que ele gostaria de ser. Assim, ele descreve a si mesmo como um modelo de virtude e capacidade.

Aproximadamente aos 5 ou 6 anos, Jason passa para a segunda etapa, quando começa a ligar um aspecto de si mesmo a outro: "Posso correr rápido e subir alto. Também sou forte. Posso arremessar uma bola muito longe, e um dia ainda vou fazer parte de uma equipe!" (Harter, 1996, p. 215). Entretanto, esses **mapeamentos representacionais** - conexões lógicas entre partes de sua imagem de si mesmo - ainda se expressam em termos totalmente positivos, de tudo ou nada. Uma vez que bom e ruim são opostos, ele não consegue conceber que possa ser bom em algumas coisas e não em outras.

A terceira etapa, *sistemas representacionais*, ocorre na terceira infância (ver Capítulo 10), quando as crianças começam a integrar características específicas de si mesmas a um conceito geral multidimensional. À medida que o pensamento de tudo ou nada diminui, as autodescrições de Jason tornam-se mais equilibradas ("Sou bom em *hockey*, mas ruim em *aritmética*").

Compreendendo as Emoções

Compreender suas próprias emoções ajuda as crianças a controlar seu modo de demonstrar seus sentimentos e ser sensível a como os outros se sentem (Garner e Power, 1996). Uma progressão semelhante à transição que ocorre no autoconceito parece caracterizar a compreensão que as crianças têm das emoções.

Os pré-escolares sabem algo sobre suas emoções, mas ainda têm muito que aprender. Eles são capazes de falar sobre seus sentimentos; com freqüência, podem discernir os sentimentos dos outros e compreendem que as emoções estão ligadas com experiências e desejos (Saarni, Mumme e Campos, 1998). Entretanto, ainda carecem de uma plena compreensão de emoções autodirigidas, como a vergonha e o orgulho, e têm dificuldade para reconciliar emoções aparentemente conflitantes.

* Esta discussão sobre o desenvolvimento da compreensão que as crianças têm de si mesmas a partir dos 4 anos, incluindo compreensão de suas emoções, deve-se à Susan Harter (1990, 1993, 1996, 1998).

Emoções Dirigidas ao Eu

Como discutimos no Capítulo 6, as emoções dirigidas ao eu, como a vergonha e o orgulho, se desenvolvem durante o terceiro ano, depois que as crianças adquirem autoconsciência. Essas emoções têm "origem social" (Harter, 1996, p. 225); elas dependem da internalização de padrões de comportamento dos pais. Mas até crianças com alguns anos a mais freqüentemente carecem da sofisticação cognitiva para reconhecer essas emoções e o que as provoca.

Em um estudo (Harter, 1993), crianças de 4 a 8 anos ouviram duas narrativas. Na primeira, uma criança pega algumas moedas de um vidro depois de ter sido avisada para não fazê-lo; na segunda narrativa, uma criança realiza uma proeza na ginástica - um salto mortal nas barras. Cada narrativa foi apresentada em duas versões: uma em que um dos pais vê a criança agindo, e outra em que a criança não é observada. Perguntou-se às crianças sobre como elas e o pai (ou a mãe) se sentiriam em cada circunstância.

As respostas revelaram uma progressão gradual na compreensão dos sentimentos sobre si mesmo (Harter, 1996). Dos 4 aos 5 anos, as crianças não diziam que elas ou seus pais sentiriam orgulho ou vergonha. Em vez disso, elas usavam palavras como "preocupado" ou "assustado" (no caso do incidente com o dinheiro no vidro) e "excitado" ou "feliz" (em relação à proeza na ginástica). Dos 5 aos 6 anos, as crianças diziam que seus pais ficariam envergonhados ou orgulhosos delas, mas não reconheciam essas emoções em si próprias. Dos 6 aos 7, as crianças diziam que se sentiriam orgulhosas ou envergonhadas, mas somente se fossem observadas. Dos 7 aos 8 anos, as crianças admitiam que, mesmo que ninguém as visse, elas se sentiriam envergonhadas ou orgulhosas de si mesmas. Nessa idade, os padrões que produzem orgulho e vergonha parecem estar plenamente internalizados. Até que isso aconteça, as crianças precisam do estímulo da observação dos pais - uma espécie de "andaime" emocional.

Emoções Simultâneas

Parte da confusão na compreensão que as crianças têm de seus sentimentos é a incapacidade de reconhecer que podem experimentar diferentes reações emocionais ao mesmo tempo ("Não se pode ser feliz e ter medo"). O problema tem duas dimensões: a qualidade da emoção (positiva ou negativa) e o alvo ao qual ela se dirige. Um estudo (Harter e Buddin, 1987) sugere que as crianças gradualmente adquirem compreensão de emoções simultâneas entre os 4 e os 12 anos (Harter, 1996), à medida que passam por cinco níveis de desenvolvimento (uma análise mais detalhada das etapas de desenvolvimento do autoconceito descritas anteriormente):

- *Nível 0:* Inicialmente as crianças não compreendem que dois sentimentos *quaisquer* podem existir ao mesmo tempo. Uma criança na etapa de representações únicas pode dizer: "Não podemos ter dois sentimentos ao mesmo tempo porque só temos uma mente!". A criança não consegue sequer admitir sentir duas emoções *parecidas* ao mesmo tempo (como feliz e contente).
- *Nível 1:* As crianças estão desenvolvendo categorias separadas - uma para emoções positivas e outra para emoções negativas - e podem diferenciar emoções em cada categoria, como "feliz" e "contente", ou "furioso" e "triste". Elas agora podem ter consciência de duas emoções ao mesmo tempo, mas somente se ambas forem positivas ou negativas e dirigidas ao mesmo alvo ("Se meu irmão me batesse, eu ficaria furioso e triste"). Uma criança neste nível não consegue compreender a possibilidade de ter emoções simultâneas em relação a duas pessoas diferentes ou sentir emoções contraditórias em relação à mesma pessoa.
- *Nível 2:* As crianças capazes de mapeamentos representacionais podem reconhecer que têm dois sentimentos do mesmo tipo dirigidos a alvos diferentes ("Eu estava emocionado por ir ao México e contente por ver meus avós"). Contudo, não são capazes de reconhecer a presença de sentimentos contraditórios ("Eu não poderia me sentir feliz e amedrontado ao mesmo tempo; eu teria que ser duas pessoas ao mesmo tempo!").

- *Nível 3:* As crianças que desenvolveram sistemas representacionais são capazes de integrar seus conjuntos de emoções positivas e negativas. Podem compreender que têm sentimentos contrários ao mesmo tempo, mas somente se forem dirigidos a alvos diferentes. Ashley pode expressar um sentimento negativo por seu irmão bebê ("Eu fiquei furioso com o Tony, por isso o belisquei") e um sentimento positivo por seu pai ("Fiquei feliz por meu pai não me dar uma palmada"), mas ela não reconhece que possui sentimentos positivos e negativos (raiva e amor) em relação a ambos.
- *Nível 4:* Crianças com mais idade são capazes de descrever sentimentos conflitantes em relação ao mesmo alvo ("Estou emocionado por estudar em uma nova escola, mas também estou um pouco assustado").

Nesse estudo, somente aos 10 ou 11 anos as crianças pareciam compreender emoções conflitantes (Nível 4). Entretanto, isso não significa necessariamente que não *sentiam* emoções conflitantes - somente que não eram capazes de encontrar um modo de conciliá-las cognitivamente. Em pesquisa posterior, crianças finalizando a pré-escola, especialmente as meninas, demonstraram ter essa compreensão (Brown e Dunn, 1996). A diferença pode ser a metodologia. Em estudo anterior, as crianças foram solicitadas a contar suas próprias histórias envolvendo sentimentos confusos; assim, isso envolvia a capacidade de contar histórias, bem como a compreensão das emoções. No estudo posterior, apenas uma de cada quatro crianças foi capaz de narrar uma história assim a partir de sua própria experiência. Entretanto, quando *ouviram* uma narrativa sobre, por exemplo, uma criança que recebe um presente, mas não tem permissão para abri-lo, ou anda numa bicicleta de duas rodas pela primeira vez, uma de cada três crianças era capaz de identificar emoções conflitantes, e a maioria das crianças era capaz de explicar as emoções quando ouviam quais eram elas.

Diferenças individuais na compreensão emocional parecem remontar, ao menos, à idade de 3 anos. As crianças que, nessa idade, eram capazes de identificar se um rosto parecia feliz ou triste, e eram capazes de dizer como se sentia um marionete durante uma situação que envolvia alegria, tristeza, raiva ou medo tinham maior capacidade, ao final da pré-escola, de explicar as emoções conflitantes de um personagem de uma narrativa. Essas crianças tendiam a pertencer a famílias em que se falava muito sobre por que as pessoas comportam-se de determinada forma (Brown e Dunn, 1996).

Erikson: Iniciativa *versus* Culpa

A necessidade de lidar com sentimentos conflitantes sobre nós mesmos está no cerne da terceira crise de desenvolvimento da personalidade identificada por Erik Erikson (1950): iniciativa *versus* culpa. O conflito surge a partir do crescente sentido de propósito, o qual permite à criança planejar e realizar atividades e crescentes dores na consciência que a criança pode ter em relação a esses planos.

As crianças pré-escolares podem fazer - e querem fazer - cada vez mais coisas. Ao mesmo tempo, estão aprendendo que algumas das coisas que querem fazer recebem aprovação social, enquanto outras não. Como conciliam esse desejo de *fazer* com o desejo de aprovação?

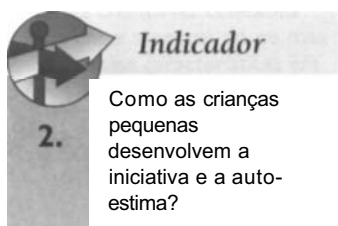
Esse conflito marca uma cisão entre duas partes da personalidade. Aparte que continua sendo uma criança, cheia de exuberância e do desejo de experimentar novas coisas e testar novos poderes, e a parte que está tornando-se um adulto, constantemente examinando a correção de motivos e ações. As crianças que aprendem a regular esses impulsos opostos desenvolvem a "virtude" do *propósito*, a coragem de imaginar e perseguir metas sem ser indevidamente inibida pela culpa ou pelo medo de punição (Erikson, 1982).

Se esta crise não se resolve adequadamente, disse Erikson, a criança pode transformar-se em um adulto que está sempre se esforçando por sucesso ou se exibindo, ou que é inibido e pouco espontâneo ou convencido de suas próprias virtudes e intolerante, ou ainda, que sofre de impotência ou doenças psicossomáticas. Com amplas oportunidades para fazerem coisas sozinhas - mas com orientação e limites consistentes - as crianças podem alcançar um equilíbrio entre a tendência de exagerar na competição e na realização e a tendência de ser reprimida e dominada pela culpa.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever o desenvolvimento do autoconceito entre os 3 e 6 anos?
- ✓ Descrever uma típica progressão na compreensão das (1) emoções dirigidas ao eu e (2) emoções simultâneas?
- ✓ Identificar fatores que podem influenciar a regulação emocional e os problemas de comportamento?



iniciativa *versus* culpa

Na teoria de Erikson, é a terceira crise no desenvolvimento psicossocial, que ocorre entre os 3 e 6 anos, na qual as crianças devem equilibrar seu impulso de perseguir metas com as reservas morais que podem impedir sua realização.

Auto-estima

As crianças não têm capacidade de articular um conceito de valor próprio antes dos 8 anos, mas, por seu comportamento, demonstram que o possuem (Harter, 1990, 1993, 1996). A auto-estima das crianças pequenas - o juízo que fazem sobre seu valor - não se baseia em uma avaliação realista de capacidades ou traços de personalidade. Na verdade, as crianças pequenas geralmente superestimam suas capacidades. Embora possam fazer julgamentos sobre sua competência em diversas atividades, ainda não são capazes de ordená-los por importância e tendem a aceitar os julgamentos de adultos, que, muitas vezes, oferecem um retorno positivo e isento de crítica (Harter, 1990, 1996, 1998).

A auto-estima na segunda infância tende a ser global - "Eu sou bom" ou "Eu sou mau" (Harter, 1996, 1998). Os comportamentos favoráveis dos pais - ouvir a criança, ler histórias, fazer lanches, curar lágrimas com beijos - todos contribuem para a auto-estima (Haitiwanger e Harter, 1988). Somente na terceira infância as avaliações pessoais de competência e de adequação (baseadas na internalização dos padrões dos pais e da sociedade) normalmente tornam-se críticas na formação e na manutenção de um senso de valor próprio.

Quando a auto-estima é boa, a criança é motivada a realizar. Entretanto, se a auto-estima *depende* do êxito, as crianças podem considerar um fracasso ou uma crítica como denúncia de seu valor e podem sentir-se impotentes para fazer melhor. Cerca de um terço à metade das crianças da pré-escola e da 1ª série apresentam elementos desse padrão de "impotência": denigrem ou culpam a si mesmas, experimentam emoção negativa, sofrem de falta de persistência e mantêm baixas expectativas para si mesmas (Burhans e Dweck, 1995; Ruble e Dweck, 1995).

Em vez de tentarem resolver um quebra-cabeças de um modo diferente, como faria uma criança com uma auto-estima incondicional, as crianças "impotentes" sentem vergonha e desistem, ou voltam para um quebra-cabeças mais fácil que já fizeram. Elas não esperam ser bem-sucedidas e, por isso, nem tentam. Enquanto crianças com mais idade que fracassam podem concluir que são burras, os pré-escolares interpretam o mau desempenho como sinal de serem "maus". Além disso, acreditam que a "maldade" é permanente. Esse sentimento de ser uma pessoa má pode persistir até a idade adulta. Para evitar a promoção do padrão de "impotência", pais e professores podem dar às crianças um retorno específico e focalizado,

auto-estima

O julgamento que uma pessoa faz sobre seu próprio valor.

Pense sobre isso...

- Fazendo uma retrospectiva de sua vida, de que modo você acha seus pais ou outros adultos o ajudaram a desenvolver sua auto-estima?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar o significado da terceira crise de desenvolvimento da personalidade de Erikson?
- ✓ Dizer como a auto-estima das crianças pequenas difere da de crianças em idade escolar?



Ao aprovar o trabalho artístico de seu filho de 3 anos, esta mãe está contribuindo para a auto-estima dele. Somente na terceira infância as crianças desenvolvem fortes padrões internos de seu próprio valor.

em vez de criticar a criança como pessoa ("Olhe, a etiqueta de sua camiseta está aparecendo na frente", e não "Você não vê que a camisa está virada? Quando você vai aprender a se vestir?").

Gênero



Indicador

Como meninos e meninas conscientizam-se do significado do gênero? O que explica as diferenças de comportamento entre os sexos?

identidade de gênero

Consciência, desenvolvida na segunda infância, de que se é do sexo masculino ou feminino.

A **identidade de gênero**, ou seja, a consciência de nosso gênero e tudo que isso implica, é um aspecto importante no desenvolvimento do autoconceito. Que diferenças existem entre meninos e meninas? O que causa essas diferenças? Como as crianças desenvolvem a identidade de gênero? Como isso influencia suas atitudes e seu comportamento?

Diferenças de Gênero

As *diferenças de gênero* são diferenças psicológicas ou comportamentais entre os sexos. Embora algumas diferenças de gênero tornem-se mais acentuadas depois dos 3 anos, meninos e meninas em média continuam sendo mais parecidos do que diferentes. Uma importante análise de mais de 2 mil estudos constatou poucas diferenças de gênero significativas (Maccoby e Jacklin, 1974). A diferença mais clara é que, a partir da idade pré-escolar, os meninos agem de modo mais agressivo do que as meninas, tanto física como verbalmente (Coie e Dodge, 1998; Turner e Gervai, 1995). Alguns estudos sugerem que as meninas são mais empáticas, submissas e cooperativas com os pais e buscam aprovação dos adultos mais do que os meninos (Eisenberg, Fabes, Schaller e Miller, 1989; Hoffman, 1977; Maccoby, 1980; Turner e Gervai, 1995). Além disso, como discutiremos posteriormente neste capítulo, meninos e meninas brincam de formas diferentes. Uma das primeiras diferenças, que surge já aos 2 anos e com mais consistência a partir do terceiro ano, reside na escolha de brinquedos e atividades lúdicas e de parceiros do mesmo sexo para brincar (Turner e Gervai, 1995).

Um sexo é mais inteligente do que o outro? De modo geral, os resultados em testes de inteligência não indicam diferenças de gênero. Isso não é surpreendente, uma vez que os testes mais amplamente utilizados são projetados para eliminar a tendenciosidade de gênero (Neisser et al., 1996). As mulheres tendem a se sair melhor em tarefas verbais (mas não em analogias), em computação matemática e em tarefas que exigem habilidades motoras e perceptuais refinadas, ao passo que os homens sobressaem na maioria das capacidades espaciais e no raciocínio matemático e científico abstrato (Halpern, 1997).

Algumas dessas diferenças, que parecem existir em diversas culturas, começam muito cedo na vida. A superioridade das meninas em rapidez perceptual e fluência verbal



A brincadeira de se vestir destas crianças já demonstra uma forte consciência de identidade de gênero e papéis de gênero.

aparece durante a primeira infância, e a maior capacidade dos meninos de manipular mentalmente números e formas pode ser observada assim que se torna possível testá-la, em torno dos 3 anos. Outras diferenças não se evidenciam em crianças de capacidade mediana antes da pré-adolescência ou mais tarde (Halpern, 1997). Em uma análise estatística de 286 estudos de capacidades espaciais, poucas diferenças significativas apareceram antes da adolescência (Voyer, Voyer e Bryden, 1995).

Não podemos esquecer, evidentemente, que as diferenças de gênero são válidas para grandes grupos de meninos e meninas, mas não necessariamente para indivíduos (Turner e Gervai, 1995). Pelo sexo de uma criança não podemos prever se aquele menino ou menina será mais rápido, forte, inteligente, mais obediente ou mais assertivo do que outra criança.

Perspectivas sobre o Desenvolvimento de Gênero:

Natureza e Experiência

O que explica as diferenças de gênero, e por que algumas delas surgem com a idade? As explicações mais influentes, até recentemente, centravam-se nas diferentes experiências e expectativas sociais que meninas e meninos encontram praticamente desde o nascimento (Halpern, 1997; Neisser et al., 1996). Essas experiências e expectativas referem-se a três aspectos relacionados de identidade de gênero: *papéis*, *tipificação* e *estereótipos*.

Os **papéis de gênero** são os comportamentos, os interesses, as atitudes, as habilidades e os traços de personalidade considerados apropriados para homens e mulheres. Todas as sociedades possuem papéis de gênero. No curso da história, na maioria das culturas, as mulheres devem dedicar a maior parte de seu tempo ao cuidado da casa e das crianças, ao passo que os homens eram os provedores e protetores. As mulheres devem ser obedientes e zelosas; os homens devem ser ativos, agressivos e competitivos. Na Argentina de Eva Péron, uma mulher ambiciosa com qualidades de liderança poderia ascender aos mais altos escalões - mas somente ao lado de um homem. Hoje, os papéis de gênero nas culturas ocidentais tornaram-se mais diversificados e flexíveis. A tipificação de **gênero** (ver o Capítulo 6), a aquisição de um papel de gênero, ocorre no início da infância, mas as crianças variam quanto ao grau em que assumem os papéis de gênero.

Os **estereótipos de gênero** são generalizações preconcebidas sobre os comportamentos masculino e feminino ("Todas as mulheres são passivas e dependentes; todos os homens são agressivos e independentes."). Os estereótipos de gênero estão presentes em muitas culturas. Podem ser identificados em crianças de apenas 2 anos e 6 meses ou 3 anos, aumentam durante os anos pré-escolares, atingindo o máximo aos 5 anos (Haugh, Hoffman e Cowan, 1980; Ruble e Martin, 1998; Williams e Best, 1982). Como poderíamos esperar - com base em nossa discussão sobre autoconceito - as crianças de menos idade costumam atribuir qualidades positivas a seu próprio sexo e qualidades negativas ao sexo oposto. Assim, mesmo com tão pouca idade, descrevem os meninos como fortes, rápidos e cruéis, e as meninas como medrosas e impotentes (Ruble e Martin, 1998).

Como as crianças pequenas adquirem papéis de gênero e por que elas adotam estereótipos de gênero? Esses construtos são exclusivamente sociais ou refletem diferenças biológicas subjacentes entre homens e mulheres? As influências sociais e culturais criam diferenças de gênero ou simplesmente as acentuam?

Hoje, os pesquisadores estão descobrindo evidências de explicações biológicas para as diferenças de gênero: diferenças genéticas, hormonais e neurológicas. Essas explicações não são mutuamente excludentes. É provável que tanto a natureza como a experiência desempenham funções importantes no que significa ser do sexo masculino ou feminino. As influências biológicas não são necessariamente universais, inevitáveis ou imutáveis; tampouco as influências sociais e culturais são facilmente superadas.

Examinemos, então, o desenvolvimento de gênero sob quatro perspectivas (resumidas na Tabela 8-1): as abordagens *biológica*, *psicanalítica*, *cognitiva* e *baseada na socialização*. Cada uma dessas perspectivas pode contribuir para nossa compreensão; nenhuma delas explica totalmente por que meninos e meninas tornam-se diferentes em alguns aspectos, mas não em outros.

Abordagem Biológica

A existência de papéis de gênero semelhantes em muitas culturas sugere que pelo menos algumas diferenças de gênero podem ter uma base biológica. Por outro lado,

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir as principais diferenças comportamentais e cognitivas entre meninos e meninas?

papéis de gênero

Comportamentos, interesses, atitudes, habilidades e traços de personalidade que uma cultura considera apropriados para homens e mulheres.

tipificação de gênero

Processo de socialização mediante o qual as crianças, em idade precoce, aprendem os papéis considerados adequados a seu sexo.

estereótipos de gênero

Generalizações preconcebidas sobre o comportamento masculino e feminino.

Tabela 8-1 Quatro Perspectivas sobre o Desenvolvimento de Gênero

Teorias	Principais Teóricos	Processos-Chave	Crenças Básicas
Abordagem Biológica		Atividades genética, neurológica e hormonal	Muitas ou a maioria das diferenças entre os sexos podem ser atribuídas a diferenças biológicas.
Abordagem Psicanalítica Teoria Psicosssexual	Sigmund Freud	Resolução de conflito emocional inconsciente	A identidade de gênero ocorre quando a criança identifica-se com o genitor do mesmo sexo.
Abordagem Cognitiva Teoria Cognitiva e do Desenvolvimento	Lawrence Kohlberg	Autocategorização	Depois de aprender que é menino ou menina, a criança classifica as informações sobre comportamento por gênero e age de acordo com isso.
Esquema Sexual	Sandra Bem, Carol Lynn Martin e Charles F. Halverson	Autocategorização baseada no processamento de informações culturais	A criança organiza as informações sobre o que é considerado apropriado para um menino ou para uma menina com base no que dita uma determinada cultura, comportando-se de acordo com isso. A criança separa por gênero porque a cultura dita que o sexo é um esquema importante.
Abordagem da Socialização Teoria Cognitiva Social	Albert Bandura	Modelação, reforço e ensino	Tipificação de gênero é resultado de interpretação, avaliação e internalização de padrões socialmente transmitidos.

as semelhanças psicológicas e comportamentais entre pessoas do mesmo sexo são muito maiores do que as diferenças entre os sexos, sugerindo que o papel da biologia é limitado.

Aos 5 anos, quando o cérebro atinge quase o tamanho adulto, o cérebro dos meninos é aproximadamente 10% maior do que o das meninas, principalmente porque os meninos têm mais massa cinzenta no córtex cerebral. Essa diferença de volume pode estar relacionada com a maior densidade neuronal no córtex cerebral das meninas. Na maioria dos outros aspectos, o desenvolvimento do cérebro é semelhante nos dois sexos. O que essas descobertas podem nos dizer sobre semelhanças e diferenças iniciais na organização e funcionamento cerebral é um tópico para futuro estudo (Reiss, Abrams, Singer, Ross e Denckla, 1996).

Existem realmente evidências de que diferenças de tamanho no *corpo caloso* - o feixe de tecidos que une os hemisférios direito e esquerdo - se correlacionam com a fluência verbal (Hines, Chiu, McAdams, Bentler e Lipcamon, 1992). Como as meninas possuem um corpo caloso maior e mais bulboso, a melhor coordenação entre os dois hemisférios pode ajudar a explicar as capacidades verbais superiores das meninas (Halpern, 1997).

Os hormônios que circulam na corrente sanguínea antes ou no momento do nascimento podem afetar o cérebro em desenvolvimento e influenciar diferenças de gênero. O hormônio masculino testosterona, juntamente com baixos níveis do neurotransmissor serotonina, parece estar relacionado com agressividade, competitividade e domínio, talvez mediante a ação de determinadas estruturas cerebrais, como o hipotálamo e a amígdala (Bernhardt, 1977). Também foram feitas tentativas de relacionar a atividade hormonal pré-natal a outros aspectos do funcionamento cerebral, como os envolvidos nas diferenças de gênero em capacidade espacial e verbal (Neisser et al., 1996), mas essa pesquisa ainda é bastante controversa (Ruble e Martin, 1998).

Outras pesquisas concentram-se nas crianças com histórias hormonais incomuns. Meninas com um distúrbio chamado hiperplasia congênita da supra-renal (HCS) têm altos níveis pré-natais de *androgênios* (hormônios sexuais masculinos). Embora criadas como mulheres, tendem a se tornar masculinizadas, demonstrando preferência por "brinquedos de meninos", brincadeiras mais rudes e parceiros masculinos, além de apresentarem fortes habilidades espaciais. Os *estrogênios* (hormônios femininos), por outro lado, parecem ter menos influência sobre o comportamento tipificado dos meninos. Uma vez que esses estudos são experimentos naturais, não podem estabelecer causa e efeito - ou-

tros fatores além das diferenças hormonais, como as interações iniciais com os pais, podem ter alguma influência. Além disso, as próprias diferenças hormonais podem ser afetadas por fatores ambientais ou de outro tipo. Seja como for, esses padrões atípicos de comportamento não foram encontrados em crianças com variações hormonais normais (Ruble e Martin, 1998).

Talvez os exemplos mais notáveis de pesquisas de base biológica sejam as relacionadas com bebês nascidos com estruturas sexuais ambíguas (em parte femininas e em parte masculinas). John Money e colaboradores (Money, Hampson e Hampson, 1955) desenvolveram diretrizes para casos desse tipo, recomendando que se atribua à criança, o quanto antes possível, o gênero com potencial para um funcionamento mais próximo do normal e para uma identidade de gênero estável.

No caso de um menino de 7 meses cujo pênis foi acidentalmente extirpado durante a circuncisão, aos 17 meses, tomou-se a decisão de criar a criança como menina, e quatro meses depois os médicos fizeram uma cirurgia de reconstrução (Money e Ehrhardt, 1972). Embora inicialmente seu desenvolvimento tenha sido descrito como o de uma fêmea normal, a criança posteriormente rejeitou a identidade feminina e, na puberdade, passou a viver como um homem. Depois de uma segunda cirurgia de reconstrução, casou-se com uma mulher e adotou os filhos dela. Esse caso parece sugerir que a identidade de gênero pode estar enraizada na estrutura cromossômica ou no desenvolvimento pré-natal e não pode ser facilmente alterada (Diamond e Sigmundson, 1997).

Entretanto, o único outro caso documentado desse tipo teve um desfecho diferente. Dessa vez, o acidente ocorreu aos 2 meses, e a remoção do pênis e redefinição sexual ocorreu aos 7 meses. Quando entrevistado aos 16 e 26 anos, o paciente se identificou como fêmea, vivia como mulher e tinha tido relacionamentos sexuais tanto com homens quanto com mulheres (Bradley, Oliver, Chernick e Zucker, 1998). Assim, a atribuição do gênero - pelo menos durante os primeiros meses de vida - pode afinal ter alguma flexibilidade.

Abordagem Psicanalítica

"Papai, onde você vai viver quando eu crescer e casar-me com a mamãe?", pergunta Timmy, de 4 anos. Sob a perspectiva psicanalítica, a pergunta de Timmy faz parte de sua aquisição de identidade de gênero. Segundo Freud, este é um processo de **identificação**: a adoção de características, crenças, atitudes, valores e comportamentos do genitor do mesmo sexo. Freud e outros autores psicanalíticos clássicos consideravam a identificação um importante desenvolvimento da personalidade na segunda infância; alguns autores da aprendizagem social também utilizam esse termo.

Segundo Freud, a identificação ocorre para Timmy quando ele reprime ou desiste do desejo de possuir o genitor do sexo oposto (a mãe) e identifica-se com o genitor do mesmo sexo (o pai). Embora essa explicação para o desenvolvimento de gênero tenha sido influente, tem sido difícil testá-la. A despeito de alguns indícios de que os pré-escolares tendem a agir mais afetuosamente em relação ao genitor do sexo oposto e mais agressivamente em relação ao genitor do mesmo sexo (Westen, 1998), a teoria encontra pouco apoio na pesquisa. Estudos constataram que o comportamento tipificado de gênero das crianças não é muito parecido com o dos pais e que a identificação parece ser consequência, e não causa, da tipificação de gênero (Maccoby, 1992). Assim, a maioria dos psicólogos de hoje prefere outras explicações.

Abordagem Cognitiva

Sarah descobre que é do sexo feminino porque as pessoas chamam-na de menina. Ela imagina o que se espera que uma garota faça e age com base nisso. Começa a compreender o gênero da mesma forma que começa a compreender tudo o mais: pensando sobre sua experiência. Esse é o núcleo da teoria cognitiva e do desenvolvimento de Kohlberg (1966).

Segundo Kohlberg, as crianças fazem sua própria tipificação de gênero. Elas classificam a si mesmas e aos outros como masculino ou feminino e depois organizam seu comportamento em torno dessa classificação. Fazem isso adotando comportamentos que percebem como coerentes com seu gênero. Assim, Sarah prefere bonecas a caminhões porque brincar com bonecas lhe parece coerente com sua idéia de si mesma co-

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Avaliar as evidências para as explicações biológicas das diferenças de gênero?

identificação

Na teoria freudiana, é o processo pelo qual uma criança pequena adota características, crenças, atitudes, valores e comportamentos do genitor do mesmo sexo.

Em um estudo, crianças viram três fotos deste garotinho: nu, vestindo roupas de menino e vestindo roupas de menina. Os pré-escolares que identificaram o sexo da criança pelos genitais e não pelas roupas tinham maior probabilidade de apresentar constância sexual - de saber que eles próprios continuariam tendo o mesmo sexo.



constância de gênero

Consciência de que seremos sempre do mesmo sexo. Também chamada de *constância da categoria sexual*.

mo menina. Segundo Kohlberg, a **constância de gênero**, mais recentemente chamada de *constância da categoria sexual* - a compreensão de uma criança de que seu sexo será sempre o mesmo - leva à aquisição de papéis de gênero. Depois de compreenderem que são permanentemente do sexo masculino ou feminino, as crianças adotam o que identificam como comportamentos apropriados ao gênero.

Quando surge a constância de gênero? As respostas variam entre 3 e 7 anos. Essa ampla faixa de resultados pode dever-se aos tipos de perguntas feitas, aos diferentes critérios para constância de gênero, a diferenças nos tipos de raciocínio que as crianças utilizam em diferentes idades ou a diferenças metodológicas (Ruble e Martin, 1998; Szkrybalo e Ruble, em fase de elaboração).

Um motivo para a variabilidade dos achados pode ser o fato de que a constância de gênero não surge de uma só vez. Ao contrário, parece ocorrer em três etapas: *identidade de gênero*, *estabilidade de gênero* e *consistência de gênero* (Ruble e Martin, 1998; Szkrybalo e Ruble, em fase de elaboração). A *identidade de gênero* (a consciência de nosso gênero e a das outras pessoas) normalmente chega entre os 2 e 3 anos. A *estabilidade de gênero* chega quando uma menina percebe que será uma mulher quando crescer ou quando um menino percebe que será um homem quando crescer - em outras palavras, que o gênero permanece o mesmo ao longo do tempo. Entretanto, nessa etapa, as crianças podem basear seus julgamentos sobre gênero em aparências externas superficiais e em comportamentos estereotipados. A etapa final, a *consistência de gênero*, é a compreensão de que uma menina continua sendo uma menina mesmo que tenha o cabelo curto e use calças, e um menino continua sendo um menino mesmo que tenha cabelos compridos e use brincos.

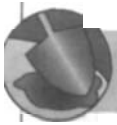
Existem poucas evidências para a concepção de Kohlberg de que a constância de gênero é a chave para a tipificação de gênero. Muito antes de alcançarem a etapa final da constância de gênero, as crianças mostram preferências tipificadas de gênero (Bussey e Bandura, 1992; Ruble e Martin, 1998). Elas categorizam atividades e objetos por gênero, sabem muitas coisas sobre o que os homens e as mulheres fazem e, muitas vezes, adquirem comportamentos apropriados ao gênero (Levy e Carter, 1989; Luecke-Aleksa, Anderson, Collins e Schmitt, 1995). Mesmo aos 2 anos e 6 meses, as meninas demonstram mais interesse por bonecas, e os meninos, por carros, e ambos começam a preferir a companhia de crianças do mesmo sexo que o seu (Ruble e Martin, 1998).

É possível que a constância de gênero, uma vez alcançada, possa sensibilizar adicionalmente as crianças para informações relacionadas a gênero (Ruble e Martin, 1998). Meninos de 5 anos que alcançaram ou estão prestes a alcançar a constância de gênero prestam mais atenção aos personagens masculinos da televisão e assistem mais a programas de esportes e de ação do que outros meninos de sua idade (Luecke-Aleksa et al., 1995). Posteriormente, as crianças tendem a desenvolver crenças mais complexas sobre gênero e tornam-se mais flexíveis em suas concepções sobre os papéis de gênero (Ruble e Martin, 1998; Taylor, 1996; ver Quadro 8-1).

Uma segunda abordagem cognitiva, que incorpora conceitos de processamento de informações e enfatiza as influências da sociedade, é a **teoria do esquema do gênero**. Entre seus principais teóricos está Sandra Bem (1983, 1985, 1993); outros são Carol Lynn Martin e Charles F. Halverson (1981). Nessa teoria, um *esquema* (um pouco como os esquemas na teoria de Piaget) é uma rede mentalmente organizada de informações

teoria do esquema de gênero

Teoria, proposta por Bem, de que as crianças socializam-se em seus papéis de gênero desenvolvendo uma rede mentalmente organizada sobre o que significa ser do sexo masculino ou feminino em uma determinada cultura.

**Quadro 8-1****Crenças das Crianças Sobre Gênero**

*S*e você tivesse sido criado em uma ilha apenas com membros do sexo oposto, que tipos de interesses, de habilidades e características pessoais você tenderia a apresentar? Em que aspectos você seria diferente do que é hoje? Suas respostas muito provavelmente dependem de suas crenças sobre as contribuições relativas da natureza e da experiência para o comportamento ligado ao gênero.

Para descobrir o que as crianças na segunda e terceira infância pensam sobre essas questões, um pesquisador (Taylor, 1996) apresentou a 80 meninos e meninas de 4, 5, 8, 9 e 10 anos e a 16 estudantes universitários, em sua maioria brancos e de classe média, uma situação imaginária semelhante à recém-descrita. Havia oito participantes de cada sexo em cada grupo etário. As crianças foram testadas individualmente; os universitários responderam a um questionário.

O experimentador mostrou a cada criança uma fotografia de um bebê com muito pouco cabelo, vestindo um pijama de gênero bastante neutro, e contou a seguinte história:

Era uma vez uma menininha chamada Cris. Quando Cris era um bebê pequenino, ela foi viver com seu tio em uma linda ilha. Nessa ilha havia apenas meninos e homens; Cris era a única menina. Cris teve uma vida muito feliz na ilha, mas ela nunca viu uma menina ou mulher.

O experimentador descreveu a mesma situação envolvendo um bebê do sexo masculino chamado Pat, também com pouco cabelo e vestindo pijamas de gênero neutro, que viveu em uma ilha só de mulheres. Depois de ouvir cada história, às crianças respondiam a uma série de perguntas sobre como Cris (ou Pat) seria aos 10 anos de idade. Será que Cris (ou Pat) gostaria de brincar de boneca? Gostaria de jogar futebol? Usar vestidos? Ter cabelo curto? Chorar bastante?

Envolver-se bastante em brigas? Querer ser enfermeira (o)? Querer ser soldado? Seria bom no cuidado de bebês? Seriam bom em beisebol? Teria um corpo semelhante ao de um menino ou de uma menina? Tornar-se-ia mamãe ou papai ao crescer?

Um grupo-controle randomicamente selecionado de 80 crianças de mesma idade e 16 estudantes universitários ouviram, ao contrário disso, uma história em que um bebê crescia em uma ilha apenas com pessoas do mesmo sexo que o seu. Isso foi feito para assegurar que os elementos estereotipados indagados sobre Cris (ou Pat) seriam realmente considerados pelas crianças dessas idades como tipicamente masculinos ou femininos.

Quais foram os resultados? As crianças de 5 a 8 anos *não* reconheciam influência ambiental sobre os papéis de gênero: elas pareciam acreditar que um menino desenvolverá características estereotípicas masculinas (e uma menina, femininas) independentemente da criação. E interessante que as crianças de 4 anos, embora com respostas semelhantes, reconheceram certa influência ambiental. Crianças de 9 e 10 anos e estudantes universitários faziam distinção entre características como estilo de cabelo, vestimenta, atividades lúdicas, habilidades e ambições, que provavelmente seriam afetadas pelo ambiente social, e características biológicas, que não o seriam.

Ao que parece, crianças pequenas que já alcançaram um coeso entendimento de categorias de gênero inicialmente desenvolvem uma rígida idéia de gênero; elas parecem ver as diferenças de gênero como imutáveis e acreditar que meninos e meninas são essencialmente diferentes por natureza, muito como o são gatos e cães, e crescerão de uma determinada forma independentemente de seu ambiente. Aos 9 ou 10 anos, à medida que as crianças adquirem mais experiência e informação, elas desenvolvem idéias mais flexíveis sobre o que as categorias de gênero implicam.

relacionadas a gênero que influencia o comportamento. Segundo a teoria do esquema do gênero, depois de descobrirem de que sexo são, as crianças começam a assumir papéis de gênero, desenvolvendo um conceito do que significa ser do sexo masculino ou feminino em sua cultura. Fazem isso organizando suas observações em torno do esquema do gênero. Organizam as informações com base nisso porque vêem que sua sociedade classifica as pessoas dessa maneira: homens e mulheres vestem roupas diferentes, brincam com brinquedos diferentes e usam banheiros separados. As crianças depois combinam seu próprio comportamento ao esquema do gênero de sua cultura - o que "se supõe" que os meninos e as meninas devem ser e fazer.

De acordo com essa teoria, os esquemas de gênero promovem estereótipos de gênero por influenciarem os julgamentos sobre comportamento. Quando um novo menino de sua idade muda-se para o apartamento vizinho, Brandon, de 4 anos, bate a sua porta levando na mão um caminhão de brinquedo. Ele presume que o novo menino gosta dos mesmos brinquedos que ele: "brinquedos de menino". As crianças aceitam rótulos de gênero rapidamente; quando ouvem que um brinquedo que não conhecem é para o outro sexo, elas o largam como uma batata quente (mesmo que ele seja muito atraente) e esperam que as outras façam o mesmo (Martin, Eisenbud e Rose, 1995; Ru-

ble e Martin, 1998). Contudo, não há certeza de que os esquemas do gênero estejam na origem desse comportamento. A teoria do esquema do gênero tampouco explica por que algumas crianças apresentam um comportamento menos estereotipado do que outras (Bussey e Bandura, 1992, 1999; Ruble e Martin, 1998).

Outro problema com a teoria do esquema do gênero (como também com a teoria de Kohlberg) é que a tipificação de gênero não se torna necessariamente mais forte com o aumento do conhecimento de gênero; na verdade, muitas vezes, ocorre o oposto (Bussey e Bandura, 1999). Uma explicação proposta, em certa medida confirmada pela teoria, é que, enquanto as crianças estão construindo e depois consolidando seus esquemas de gênero (em torno dos 4 a 6 anos), observam e lembram-se somente de informações compatíveis com eles. Posteriormente, em torno dos 8 anos, os esquemas tornam-se mais complexos à medida que as crianças começam a assimilar e integrar informações contraditórias (Ruble e Martin, 1998; Welch-Ross e Schmidt, 1996).

As abordagens cognitivas do desenvolvimento de gênero fizeram uma contribuição importante ao explorar como as crianças pensam sobre gênero e o que sabem sobre ele nas diversas idades. Entretanto, essas abordagens não explicam totalmente a ligação entre conhecimento e conduta. O que estimula as crianças a expressar papéis de gênero em seus atos e por que algumas crianças tornam-se mais intensamente tipificadas em gênero do que outras? As respostas, segundo alguns pesquisadores, está na socialização (Bussey e Bandura, 1992).

Abordagem Baseada na Socialização

Aos 5 anos, Anna insistia em vestir-se de uma nova maneira. Ela queria vestir meias compridas e uma saia por cima, além de botas - dentro e fora de casa. Quando Diane perguntou-lhe por quê, Anna respondeu: "Porque Katie veste-se assim - e Katie é a rainha das meninas!".

Segundo a *teoria cognitiva social* de Albert Bandura (1986; Bussey e Bandura, 1999), uma versão expandida da teoria da aprendizagem social, as crianças aprendem os papéis de gênero através da socialização. Bandura vê o desenvolvimento de gênero como resultado da interação entre uma complexa gama de influências, pessoais e sociais. O modo como uma criança interpreta as experiências com os pais, os professores, os pares e as instituições culturais desempenha um papel central.

Como na teoria da aprendizagem social tradicional (ver Capítulo 2), as crianças inicialmente adquirem papéis de gênero à medida que aprendem outros tipos de comportamento: observando modelos. As crianças geralmente escolhem modelos que lhes parecem poderosos ou provedores de cuidados. Normalmente, o modelo é um dos genitores, geralmente o do mesmo sexo, mas as crianças também moldam seu comportamento segundo outros adultos ou, como fez Anna, segundo os amigos. *O feedback* comportamental, juntamente com o ensino direto dos pais e de outros adultos, reforça a tipificação de gênero. Um menino que molda seu comportamento no pai ou em amigos do sexo masculino é elogiado por "agir como menino". Uma menina recebe cumprimentos pelo vestido ou penteado bonito.

O processo de socialização começa na primeira infância (ver Capítulo 6), muito antes de a compreensão consciente de gênero começar a se formar. Gradualmente, à medida que as crianças começam a regular suas próprias atividades, os padrões de comportamento relacionados ao gênero são internalizados. Uma criança não precisa mais de elogio, repreensões ou da presença de um modelo para agir de modo socialmente apropriado. A constituição biológica, as reações emocionais e os julgamentos cognitivos participam da criação desses padrões internalizados, que variam com o indivíduo. As crianças sentem-se bem consigo mesmas quando se comportam à altura de seus padrões internos e sentem-se mal quando isso não acontece. Uma parcela substancial dessa transição do controle socialmente orientado para a auto-regulação das preferências de gênero pode ocorrer entre os 3 e 4 anos (Bussey e Bandura, 1992).

A segunda infância é um período primordial para a socialização. Vamos examinar melhor como os pais, os amigos e a mídia influenciam o desenvolvimento de gênero.

As Influências dos Pais É razoável pensar que, se os pais orientam as crianças a atividades de gênero apropriado, expressam estereótipos de gênero e dão exemplo de papéis tradicionais de gênero, as crianças tornam-se altamente tipificadas em gênero. Entretanto, não se sabe quanto efeito essas influências dos pais realmente têm (Ruble e Martin, 1998). Alguns estudos constataram que o tratamento dos pais afeta o *conheci-*

mento de gênero das crianças mais do que seu *comportamento* (Fagot e Leinbach, 1995; Turner e Gervai, 1995). Uma menina pode saber que bastões de beisebol "são" para meninos, mas, mesmo assim, querer usar um.

Um motivo para as discrepâncias nas descobertas pode ser o de que os pesquisadores estudam tipos diferentes de comportamento relacionado a gênero e utilizam instrumentos de medição diferentes (Turner e Gervai, 1995). A tipificação de gênero tem muitas facetas, e a combinação específica de traços de personalidade e comportamentos "masculinos" e "femininos" que uma criança adquire é uma questão individual. Além disso, atualmente, os papéis de gênero dos próprios pais são menos estereotipados do que já foram.

Em geral, os meninos são mais fortemente socializados por gênero em relação a preferências quanto ao brincar do que as meninas. Os genitores, principalmente o pai, tendem a mostrar maior desconforto se um menino brinca com uma boneca do que se uma menina brinca com um caminhão (Lytton e Romney, 1991). As meninas desfrutam mais liberdade do que os meninos nas roupas que vestem, nos jogos que jogam e em sua escolha de parceiros para brincar (Miedzian, 1991).

Em domicílios igualitários, o papel do pai na socialização de gênero parece particularmente importante (Fagot e Leinbach, 1995). Em um estudo observacional com crianças de 4 anos em Cambridge, Inglaterra, e Budapeste, Hungria, meninos e meninas cujos pais faziam mais os afazeres domésticos e cuidavam mais das crianças eram menos conscientes de estereótipos de gênero e brincavam de maneira menos tipificada (Turner e Gervai, 1995). A socialização com papéis de gênero também tende a ser pouco tradicional em famílias com apenas um dos genitores, chefiadas por mães ou pais que precisam desempenhar ambos os papéis masculino e feminino usuais (Leve e Fagot, 1997).

As Influências dos Pares Mesmo na segunda infância, o grupo de amigos é uma influência importante sobre a tipificação de gênero (Turner e Gervai, 1995). Os amigos começam a reforçar o comportamento aos 3 anos, e sua influência aumenta com a idade. As crianças demonstram mais desaprovação por meninos que agem como "garotinhas" do que por meninas masculinizadas (Ruble e Martin, 1998). Como vimos, tanto crianças de 3 como de 4 anos têm consciência dos tipos de comportamento que os pares consideram apropriados em gênero, mas crianças de 4 anos são mais consistentes na aplicação desses julgamentos a si mesmas (Bussey e Bandura, 1992).

No estudo observacional descrito na última seção, as preferências de crianças britânicas e húngaras de 4 anos para brincar pareciam menos afetadas pela tipificação de gênero dos pais do que por outros aspectos de seu comportamento; nessa idade, essas escolhas podem ser mais fortemente influenciadas pelos pares e pela mídia do que pelos modelos que as crianças vêem em casa (Turner e Gervai, 1995). Geralmente, contudo, as atitudes dos pares e dos pais reforçam-se mutuamente. A teoria cognitiva social vê os pares não como uma influência independente para a socialização, mas como parte de um sistema cultural complexo que inclui os pais e outros agentes sociais (Bussey e Bandura, 1999).

As Influências Culturais: a Mídia Um canal importante para a transmissão de atitudes culturais em relação ao gênero é a televisão. Embora as mulheres nos programas e nos comerciais de televisão atualmente tenham maior probabilidade de trabalhar fora de casa e os homens, às vezes, sejam mostrados cuidando de crianças ou fazendo compras, na maioria das vezes, a vida retratada na televisão continua sendo mais estereotipada do que a vida no mundo real (Coltrane e Adams, 1997; Ruble e Martin, 1998).

A teoria cognitiva social prevê que as crianças que assistem a muita televisão tornar-se-ão mais tipificadas em gênero, imitando os modelos que vêm na tela. Evidências notáveis disso surgiram a partir de um experimento natural em diversas cidades canadenses que, pela primeira vez, obtiveram acesso à transmissão de televisão. Crianças que tinham atitudes relativamente livres de estereótipos demonstraram aumentos significativos em concepções tradicionais dois anos depois (Kimball, 1986). Em outro estudo, as crianças que assistiram a uma série de episódios não-tradicionais, como um pai e um filho cozinhando juntos, tinham visões menos estereotipadas do que as crianças que não tinham assistido à série (Johnston e Ettema, 1982).

Os livros das crianças há muito são uma fonte de estereótipos de gênero. Hoje, a amizade entre meninos e meninas é retratada com mais frequência, e as meninas são mais corajosas e engenhosas. Mas os personagens masculinos predominam, as mulheres tendem a precisar mais de ajuda, e os homens tendem mais a dar ajuda (Beal, 1994; Evans, 1998). Tão profunda é a influência desses estereótipos que, quando as crianças



Um pai que encoraja o filho a se envolver em atividades tradicionalmente masculinas, como ajustar o assento da bicicleta, transmite uma mensagem poderosa sobre que tipos de interesses são apropriados para um menino.

Pense sobre isso...

- "Os homens são naturalmente mais agressivos, e as mulheres são mais zelosas. Embora esses traços possam ser alterados em alguma medida, as tendências básicas permanecem". Em que medida as pesquisas sustentam essas afirmativas? Verdadeiras ou falsas, que implicações essas crenças tão disseminadas têm para o desenvolvimento da personalidade?
- Onde você situaria suas próprias opiniões em um *continuum* entre os seguintes dois extremos? Justifique.
 1. A Família A pensa que as meninas devem usar somente vestidos franzidos e que os meninos nunca devem lavar os pratos ou chorar.
 2. A Família Z trata filhos e filhas exatamente da mesma maneira, sem fazer nenhuma referência ao sexo das crianças.

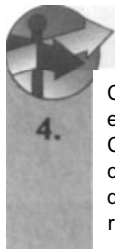
VERIFICADOR*Você é capaz de ...*

- ✓ Descrever quatro abordagens básicas no estudo do desenvolvimento de gênero?
- ✓ Comparar como as diversas teorias explicam a aquisição de papéis de gênero e avaliar o apoio a cada teoria?

são expostas a uma versão alternativa, não-sexista, de um conto de fadas, esperam que a narrativa siga os padrões estereotipados habituais, podendo até ficar indignadas se isso não acontece (Evans, 1998).

As principais virtudes da abordagem de socialização incluem a amplitude e a multiplicidade dos processos que ela examina e o escopo das diferenças individuais que revela. Mas essa própria complexidade torna difícil estabelecer conexões causais claras entre o modo como as crianças são educadas e o modo como pensam e agem. Exatamente que aspectos do ambiente doméstico e da cultura de pares promovem a tipificação de gênero? Subjacente a essa questão encontra-se um problema semelhante ao do ovo e da galinha: os pais e os amigos tratam os meninos e as meninas de modo diferente porque eles *são* diferentes ou porque a cultura diz que eles *devem ser* diferentes? O tratamento diferencial *produz* ou *reflete* as diferenças de gênero? Talvez, como sugere a teoria social cognitiva, exista uma relação bidirecional. Outras pesquisas podem ajudar a demonstrar como os agentes de socialização se enredam com as tendências pessoais das crianças em relação às atitudes e com o comportamento relacionado ao gênero.

Brincar: O Negócio da Segunda Infância

**Indicador**

4. Como os pré-escolares brincam? Como as brincadeiras contribuem para o desenvolvimento e refletem-no?

Brincar é o trabalho das crianças, contribuindo para todos os domínios do desenvolvimento. Brincando, as crianças estimulam os sentidos, aprendem a usar os músculos, coordenam a visão com o movimento, adquirem domínio sobre seus corpos e novas habilidades. Por meio do faz-de-conta, experimentam papéis, enfrentam emoções desconfortáveis, adquirem compreensão dos pontos de vista das outras pessoas e constroem uma imagem do mundo social. Desenvolvem habilidades de resolução de problemas, experimentam a alegria da criatividade e tornam-se mais proficientes na língua (Bodrova e Leong, 1998; F. Davidson, 1998; Furth e Kane, 1992; Johnson, 1998; Nourot, 1998; Singer e Singer, 1990). Ao fabricarem "passagens" para uma viagem imaginária de trem ou "lerem" as letras na parede de um "consultório médico", constroem a alfabetização emergente (Christie, 1991, 1998). À medida que separam blocos de formas diferentes, contam quantos conseguem empilhar ou declaram que "minha torre é mais alta do que a sua", estabelecem as bases para os conceitos matemáticos (Jarrell, 1998). Quando brincam com computadores, aprendem novos modos de pensar (Silvern, 1998).

Os pré-escolares brincam de formas diferentes nas diversas idades. Cada criança tem um estilo diferente de brincar, e elas brincam com coisas diferentes. Os pesquisadores categorizam o brincar das crianças por seu *conteúdo* (o que as crianças fazem quando brincam) e sua *dimensão social* (se brincam sozinhas ou acompanhadas). O que podemos aprender sobre as crianças observando sua maneira de brincar?

Maneiras de Brincar

Carol, aos 2 anos e 6 meses, "falava por" uma boneca, utilizando uma voz mais grave do que a sua. Michael, aos 3, vestia uma toalha de cozinha como capa e "voava" como *Batman*. Essas crianças estavam brincando de faz-de-conta envolvendo pessoas ou situações simuladas.

Brincar de faz-de-conta é uma das quatro categorias do brincar que Piaget e outros identificaram como evidenciando níveis crescentes de complexidade cognitiva (Piaget, 1951; Smilansky, 1968). A forma mais simples, que começa durante o primeiro ano de vida, é o **jogo funcional**, envolvendo movimentos musculares repetitivos tais (como rolar ou quicar uma bola). A medida que as habilidades motoras gerais aperfeiçoam-se, as crianças correm, pulam e saltam com um ou os dois pés, arremessam e miram (ver Capítulo 7). Chegando ao fim desse período e iniciando-se a terceira infância (ver Capítulo 9), uma *forma de brincar mais impetuosa*, envolvendo lutas, chutes e às vezes perseguições, torna-se mais comum; esse tipo de brincadeira, às vezes, é confundido com comportamento agressivo, o qual será discutido posteriormente neste capítulo (Pellegrini, 1998).

jogo funcional

Na terminologia de Piaget e Smilansky, é o nível cognitivo mais elementar da brincadeira, que envolve movimentos musculares repetitivos.

O segundo nível de complexidade cognitiva manifesta-se no **jogo construtivo** de crianças pequenas e pré-escolares (utilizando objetos ou materiais para fazer alguma coisa, como uma casa de blocos ou um desenho com giz). Crianças de 4 anos em creches ou pré-escolas podem passar mais da metade de seu tempo nesse tipo de atividade, que se torna mais complexa aos 5 e 6 anos (Johnson, 1998).

O **jogo de faz-de-conta**, também chamado de *jogo da fantasia*, *jogo dramático* ou *jogo imaginativo*, repousa na função simbólica, a qual surge próximo ao fim da etapa sensório-motora (Piaget, 1962). Crianças de 3 anos demonstram que compreendem o que significa fingir quando se desculpa por uma ação dizendo "Eu só estava fingindo" (Lloyd e Goodwin, 1995). O jogo de faz-de-conta normalmente começa durante a última parte do segundo ano, aumenta durante os anos da pré-escola e depois diminui quando as crianças em idade escolar envolvem-se mais com o quarto nível de brincadeira, os *jogos formais com regras*, como amarelinha e bola de gude.

Estima-se que de 10 a 17% das brincadeiras dos pré-escolares e 33% das brincadeiras dos alunos de pré-escola são jogo de faz-de-conta, muitas vezes, utilizando bonecas e acessórios reais ou imaginários, como um bloco usado como telefone (Bretherton, 1984; Garner, 1998; Johnson, 1998; Rubin, Fein e Vandenberg, 1983). As crianças que costumam brincar imaginativamente tendem a cooperar mais com as outras crianças e a ser mais populares e mais alegres do que as que não brincam assim (Singer e Singer, 1990). As crianças que assistem à muita televisão brincam de forma menos imaginativa, talvez porque estejam acostumadas a passivamente absorver imagens ao em vez de produzir as suas (Howes e Matheson, 1992). A televisão também parece influenciar os tipos de papéis que os pré-escolares escolhem para desempenhar. Em lugar de basear seu jogo dramático em pessoas reais da comunidade, como professores, lojistas, médicos e enfermeiras, elas, muitas vezes, fingem ser heróis de aventura da televisão (French e Pena, 1991).

A Dimensão Social do Brincar

Nos anos de 1920, Mildred B. Parten (1932) observou crianças de 2 e 5 anos durante períodos de brincar livre em uma escola maternal. Seis tipos de brincadeira foram identificados, variando da menos a mais social (ver Tabela 8-2). Parten constatou que, à medida que as crianças ganham idade, suas brincadeiras tendem a se tornar mais interativas e mais cooperativas. Inicialmente brincam sozinhas, depois ao lado de outras crianças e, por fim, juntas.

jogo construtivo

Na terminologia de Piaget e Smilansky, é o segundo nível cognitivo do brincar, envolvendo o uso de objetos ou materiais para fazer alguma coisa.



Este jovem "veterinário" examinando seu cãozinho de brinquedo está demonstrando um importante desenvolvimento cognitivo da segunda infância, que está na base do jogo imaginativo: a capacidade de utilizar símbolos que representam pessoas ou coisas do mundo real.

jogo de faz-de-conta

Na terminologia de Piaget e Smilansky, é o terceiro nível cognitivo do brincar, envolvendo pessoas ou situações imaginárias; também chamado de *jogo da fantasia*, *jogo dramático* ou *jogo imaginativo*.

Tabela 8-2 Categorias das Atividades Lúdicas Sociais e Não-Sociais de Parten

Categoria	Descrição
Comportamento de desocupação	A criança não parece estar brincando, mas observa qualquer coisa que tenha interesse momentâneo.
Comportamento de observação	A criança passa a maior parte do tempo observando outras crianças brincando. A criança espectadora conversa com as outras, fazendo perguntas ou dando sugestões, mas não entra na brincadeira. A espectadora está definitivamente observando determinados grupos de crianças e não qualquer coisa que pareça interessante.
Atividade independente solitária	A criança brinca sozinha com brinquedos que são diferentes dos usados por crianças próximas e não faz nenhuma tentativa de se aproximar das outras crianças.
Atividade paralela	A criança brinca de maneira independente, mas em meio a outras crianças, usando brinquedos parecidos com os usados pelas outras crianças, mas, não necessariamente, brincando da mesma maneira. Brincando <i>ao lado</i> mais do que com os outros, a criança não tenta influenciar a forma de brincar das outras.
Atividade associativa	A criança brinca com outras crianças. Elas falam sobre a brincadeira, emprestam e tomam emprestados brinquedos, seguem umas às outras e tentam controlar quem pode brincar no grupo. Todas as crianças brincam de modo semelhante ou igual; não existe divisão de trabalho e nenhuma organização em torno de uma meta. Cada criança age como deseja e está mais interessada em estar com os outros do que na atividade propriamente dita.
Atividade suplementar cooperativa ou organizada	A criança brinca em um grupo organizado com alguma meta - para fazer alguma coisa, participar de um jogo formal ou dramatizar uma situação. Uma ou duas crianças controlam quem pertence ao grupo e dirigem as atividades. Através de uma divisão do trabalho, as crianças assumem papéis diferentes e complementam os esforços umas das outras.

Fonte: Adaptado de Parten. 1932, p. 249-251.

Pense sobre isso...

- Como você acha que brincar com computadores poderia influenciar o desenvolvimento cognitivo e social das crianças? Que habilidades elas poderiam aprender assim e não de outro modo? Que desvantagens poderia haver no uso de computadores por parte de pré-escolares?

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Descrever os quatro níveis cognitivos de atividade lúdica, segundo Piaget e outros, e as seis categorias de atividade lúdica social e não-social, segundo Parten?
- ✓ Explicar a conexão entre as dimensões cognitivas e sociais do brincar?

O brincar solitário é menos maduro do que o brincar social? Parten achava que sim. Ela e alguns observadores sugerem que as crianças pequenas que brincam sozinhas podem estar em risco de desenvolverem problemas sociais, psicológicos e educacionais. Entretanto, a maioria dos pesquisadores hoje considera demasiado simplista a caracterização do desenvolvimento da forma de brincar empreendida por Parten. O brincar não-social não diminui necessariamente ao longo dos anos para ser substituído pelo brincar social; em vez disso, crianças de todas as idades envolvem-se em todas as categorias de atividade lúdica de Parten. Embora a atividade solitária ative torne-se menos comum entre os 3 e 6 anos, a atividade solitária construtiva, não. Além disso, brincar perto de outras crianças e observar o que elas fazem é, muitas vezes, um prelúdio para unir-se à brincadeira (Rubin, Bukowski e Parker, 1998).

Grande parte do brincar não-social consiste de atividades que promovem o desenvolvimento cognitivo, físico e social. Em um estudo com crianças de 4 anos, alguns tipos do brincar não-social, como *atividades paralelas construtivas* (por exemplo, montar um quebra-cabeças perto de outra criança), eram mais comuns entre crianças que eram boas para resolver problemas, populares com outras crianças e vistas pelos professores como socialmente habilidosas (Rubin, 1982). Essa maneira de brincar pode refletir independência e maturidade, e não má adaptação social. As crianças precisam de algum tempo sozinhas para se concentrarem nas tarefas e nos problemas, e algumas simplesmente gostam mais de atividades individuais do que em grupo. Precisamos, portanto, observar o que as crianças fazem quando brincam, e não apenas se brincam sozinhas ou com outra pessoa (Rubin et al., 1998). A fim de aferir mais realisticamente as diferenças individuais de desenvolvimento e do modo de brincar, alguns pesquisadores modificaram o sistema de Parten, avaliando tanto as dimensões cognitivas como sociais do brincar (Coplan e Rubin, 1998).

Um tipo de brincadeira que se torna mais social durante os anos da pré-escola é o jogo imaginativo, o qual evolui do faz-de-conta solitário para o jogo dramático, envolvendo outras crianças (Rubin et al., 1998; Singer e Singer, 1990). As crianças pequenas seguem regras tácitas na organização do jogo dramático, delimitando o território ("Eu sou o papai; você é a mamãe"), negociando ("Tudo bem, eu vou ser o papai amanhã") ou preparando o cenário ("Olhe - um trem vem chegando!"). A medida que o jogo imaginativo torna-se mais cooperativo, os enredos tornam-se mais complexos, e os temas, mais inovadores. O jogo dramático oferece ricas oportunidades para praticar as habilidades interpessoais e linguísticas e explorar papéis e convenções sociais (Bodrova e Leong, 1998; Christie, 1991; Johnson, 1998; Nourot, 1998). É fácil imaginar como a pequena Eva Duarte poderia ter representado seus sonhos de poder e glória na segunda infância.

Como o Gênero Influencia o Brincar

A tendência para a segregação sexual no brincar parece ser universal entre as culturas. Ela é comum entre pré-escolares de apenas 3 anos e torna-se ainda mais comum na terceira infância (Maccoby, 1988, 1990, 1994; Ramsey e Lasquade, 1996; Snyder, West, Stockemer, Gibbons e Almqvist-Parks, 1996).

Meninos e meninas normalmente brincam de maneira diferente, e nenhum dos sexos parece gostar do estilo do outro (Serbin, Moller, Gulko, Powlishta e Colburne, 1994). A maioria dos meninos gosta de brincar impetuosamente em grupos relativamente grandes; as meninas são inclinadas a brincadeiras mais tranquilas com uma única parceira (Benenson, 1993). A diferença não se baseia apenas em gostar de diferentes tipos de atividade. Mesmo quando meninas e meninos brincam com os mesmos brinquedos, eles brincam mais socialmente com outros do mesmo sexo (Neppi e Murray, 1997). Aos 4 anos, quando brincam em um grande grupo ligado à escola, os meninos formam pares com mais frequência, embora por períodos mais curtos. Aos 6 anos, os meninos envolvem-se em atividades de grupo mais organizadas (Benenson, Apostoleris e Parnass, 1997). Os meninos brincam mais impetuosamente; as meninas brincam mais cooperativamente e revezam-se para evitar conflitos (Maccoby, 1980).

Os conceitos de gênero em desenvolvimento nas crianças parecem influenciar o jogo dramático. Enquanto os temas dos meninos costumam envolver perigo e discórdia (como combates simulados), os enredos das meninas, de modo geral, se concentram na

manutenção ou restauração de relacionamentos sociais organizados (brincar de casinha) (Fagot e Leve, 1998; Nourot, 1998).

Sob um ponto de vista evolucionista, as diferenças de gênero no brincar das crianças, identificadas em todas as culturas, fornecem um modo de praticar comportamentos adultos importantes para a reprodução e a sobrevivência. As brincadeiras mais violentas dos meninos espelham a competição entre machos por domínio e *status* e por parceiras férteis. As brincadeiras de casinha ou de papai e mamãe das meninas preparam-nas para cuidar dos jovens (Geary, 1999).

Como a Cultura Influencia o Brincar

Tanto as dimensões sociais quanto cognitivas do brincar podem ser identificadas nas culturas ao redor do mundo. Entretanto, a frequência de modos específicos de brincar difere entre as culturas e é influenciada pelos ambientes que os adultos preparam para as crianças brincarem, os quais, por sua vez, refletem os valores culturais (Bodrova e Leong, 1998).

Um estudo observacional comparou 48 crianças coreano-americanas e 48 crianças anglo-americanas de classe média matriculadas em pré-escolas separadas, funcionando em turno integral e durante o ano inteiro (Farver, Kim e Lee, 1995). As pré-escolas anglo-americanas, em conformidade com os típicos valores norte-americanos, encorajavam o pensamento independente, a resolução de problemas e o envolvimento ativo no aprendizado, permitindo que as crianças fizessem escolhas entre uma ampla gama de atividades. A pré-escola coreano-americana, em conformidade com os valores coreanos tradicionais, enfatizava o desenvolvimento de habilidades acadêmicas e a realização de tarefas. As pré-escolas anglo-americanas encorajavam o intercâmbio social entre as crianças e as atividades de cooperação com os professores. Na pré-escola coreano-americana, com seus programa de atividades estruturado, as crianças só podiam conversar e brincar durante o recreio ao ar livre.

Como previsível, as crianças anglo-americanas envolviam-se mais em atividades sociais, ao passo que as coreano-americanas envolviam-se mais em atividades de desocupação ou paralelas. As coreano-americanas também apresentavam menos jogo imaginativo - como seria previsível, pois suas salas de aula ofereciam poucos materiais que estimulariam o faz-de-conta, como "fantasias" ou bonecos. Além disso, a maior quantidade de jogo de faz-de-conta entre as crianças anglo-americanas pode ter sido influenciada pelo maior valor que a cultura norte-americana dá à individualidade e à auto-expressão. As crianças coreano-americanas brincavam mais cooperativamente, muitas vezes, oferecendo brinquedos às outras crianças - muito provavelmente um reflexo da ênfase de sua cultura à harmonia do grupo. As crianças anglo-americanas eram mais agressivas e, muitas vezes, reagiam negativamente às sugestões das outras crianças, refletindo a competitividade da cultura norte-americana.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar como o gênero e a cultura influenciam o modo como as crianças brincam? Dê exemplos.

A Educação dos Filhos

À medida que as crianças se individualizam como pessoa, sua educação pode ser um desafio complexo. Os pais precisam lidar com esses pequenos seres que possuem pensamento e vontade próprios, mas que ainda têm muito a aprender sobre que tipos de comportamento funcionam bem em uma sociedade civilizada. Como os pais disciplinam as crianças e ensinam-lhes a autodisciplina? Algumas formas de educar são melhores do que outras?

Formas de Disciplina

Por **disciplina** entende-se o modo de ensinar caráter, autocontrole e comportamento aceitável às crianças. A disciplina pode ser uma poderosa ferramenta de socialização.

Que formas de disciplina funcionam melhor? A pesquisa inspirada na teoria da aprendizagem compara o reforço e a punição. Outros pesquisadores investigaram uma gama mais ampla de técnicas disciplinares.



Indicador

5. Que formas de disciplina os pais utilizam e como os estilos e as práticas educativas influenciam o desenvolvimento?

disciplina

Ferramenta de socialização que inclui meios de moldar o caráter das crianças e de ensiná-las a exercitar o autocontrole e a ter um comportamento aceitável.

Reforço e Punição

"O que faremos com esse menino? diz a mãe de Noel. "Quanto mais o castigamos, mais ele se comporta mal!".

Os pais, às vezes, punem as crianças para coibir um comportamento indesejável, mas as crianças geralmente aprendem mais quando são reforçadas por bom comportamento. Os reforços *externos* podem ser palpáveis (doces, dinheiro, brinquedos e medalhas de reconhecimento) ou impalpáveis (um sorriso, um elogio, um abraço, atenção extra ou um privilégio especial). Qualquer que seja o reforço, a criança deve considerá-lo recompensador e deve recebê-lo com certa consistência após apresentar o comportamento desejado. Posteriormente, o comportamento deve fornecer sua própria recompensa *interna*: uma sensação de prazer ou realização. No caso de Noel, os pais o ignoram a maior parte do tempo quando ele se comporta bem, mas o repreendem ou dão-lhe uma palmada quando ele "apronta". Em outras palavras, eles inconscientemente reforçam o *mau* comportamento de Noel por lhe darem atenção quando ele faz o que eles *não* querem que ele faça.

Ainda assim, às vezes, algum tipo de punição parece realmente necessário. As crianças podem ter que ser imediata e forçosamente impedidas de correr no meio do tráfego ou esmagar a cabeça de uma criança com um martelo de madeira. Às vezes, uma criança é tei-

mosamente desafiadora. Nessas situações, o castigo, se administrado com prudência, pode funcionar. Um castigo prudente é consistente, imediato e claramente vinculado à infração. Ele é administrado com calma e em particular. Ele visa a provocar obediência, e não culpa. Ele é mais eficaz quando acompanhado por uma explicação curta e simples para garantir que a criança compreenda por que está sendo punida (AAP Committee on Psychological Aspects of Child and Family Health, 1998; Baumrind, 1996a, 1996b).

Uma punição imprudente pode ser contraproducente. As crianças que são punidas com severidade e com frequência podem ter problemas para interpretar as ações e as palavras das outras pessoas; podem atribuir intenções hostis onde elas não existem (Weiss, Dodge, Bates e Pettit, 1992). Por outro lado, essas crianças podem ficar passivas porque se sentem impotentes. A criança pode ficar assustada se os pais perdem o controle e berram, gritam, perseguem ou batem nela. Uma criança pode futuramente tentar evitar um genitor punitivo, minando a capacidade dele de influenciar o comportamento (Grusec e Goodnow, 1994).

As palmadas, que são muito comuns na segunda infância, podem ter consequências negativas. Além do risco de machucar a criança, algumas pesquisas sugerem que a punição física pode estimular o comportamento agressivo por levar a criança a imitar o adulto que a castigou e a considerar a imposição de dor uma resposta aceitável aos problemas. Como com qualquer punição, a eficácia das palmadas diminui com o uso repetido; as crianças podem sentir-se livres para se comportar mal se estiverem dispostas a aceitar as consequências. A dependência da punição física pode enfraquecer a autoridade dos pais quando as crianças tornam-se adolescentes, e as palmadas tornam-se inadequadas, se não impraticáveis (AAP Committee on Psychoso-

cial Aspects of Child and Family Health, 1998; McCord, 1996). A longo prazo, as palmadas podem ter efeitos mais graves. Em um levantamento de 4.888 residentes de Ontário, Canadá, de 15 a 64 anos, aqueles que se lembravam de terem apanhado ou sido esbofeteados - ocasionalmente ou com frequência - na infância, eram mais propensos a relatar distúrbios de ansiedade, problemas com álcool ou comportamento anti-social do que os que nunca haviam apanhado (MacMillan et al., 1999).

Como alternativas à punição física, o APP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health (1998) sugere métodos indutivos, como ajudar as crianças a aprender a utilizar as palavras para expressar sentimentos, oferecer opções às crianças e ajudá-las a avaliar as consequências e dar exemplo de comportamento organizado e de resolução cooperativa de conflitos. O comitê recomenda um reforço positivo para encorajar os comportamentos desejados e repreensões verbais, "sus-

Pense sobre isso . . .

- Seus pais alguma vez bateram em você? Em caso afirmativo, com que frequência e em que tipo de situação? Você bateria em seus próprios filhos? Justifique sua resposta.



"Mocinha, não dê uma de valente comigo."

A afirmação de poder, que consiste de ameaças, exigências ou punição física, geralmente é menos eficaz do que outros tipos de disciplina. Entretanto, a escolha e a eficácia de uma estratégia disciplinar pode depender das personalidades de genitor e da criança, da idade da criança e da qualidade de seu relacionamento, bem como da cultura.

©The NewYorker Collection, 1996, Bernard Schoenbaum de cartoonbank.com. Todos os direitos reservados.

pensões" ou retirada de privilégios para desencorajar comportamentos indesejáveis - todos dentro do contexto de um relacionamento positivo, favorável e amoroso entre pais e filhos.

Afirmção de Poder, Indução e Retirada de Amor

O reforço e a punição não são os únicos modos de influenciar o comportamento. A pesquisa contemporânea concentrou-se em três categorias mais amplas de disciplina: *afirmação de poder, indução e retirada temporária de amor*.

A **afirmação de poder** visa a deter ou desencorajar o comportamento indesejável através da afirmação física ou verbal do controle dos pais; isso inclui exigências, ameaças, retirada de privilégios, palmadas e outras formas de punição. As **técnicas indutivas** visam a induzir o comportamento desejável (ou desencorajar o comportamento indesejável) apelando-se ao senso de racionalidade e de justiça de uma criança; elas incluem impor limites, demonstrar as conseqüências lógicas de uma ação, explicar, discutir e ouvir as idéias de uma criança. A **retirada de amor** pode assumir a forma de ignorar, isolar ou mostrar desafeto por uma criança. A escolha e a eficácia de uma estratégia disciplinar podem depender da personalidade do genitor, da personalidade e da idade da criança e da qualidade de seu relacionamento, bem como dos costumes e das expectativas de base cultural (Grusec e Goodnow, 1994).

A maioria dos pais recorre a mais de uma estratégia, dependendo da situação. Os pais tendem a utilizar a argumentação para fazer com que uma criança demonstre preocupação pelos outros ou para ensinar boas maneiras à mesa. Elas utilizam afirmação de poder para parar uma brincadeira muito violenta e a afirmação de poder e a argumentação para lidar com mentiras e roubos (Grusec e Goodnow, 1994).

A estratégia escolhida pelos pais pode depender não apenas de sua crença na eficácia, mas também de sua confiança de que podem aplicá-la, e mães e pais podem diferir nesses pontos. Em um estudo observacional sobre como os pais de pré-escolares lidam com os conflitos entre irmãos, as mães apresentavam maior tendência ao uso de técnicas indutivas, que acreditavam funcionar melhor do que afirmar o controle. Os pais tendiam a utilizar estratégias de afirmação de poder que tinham mais confiança de serem capazes de aplicar. Mesmo assim, crenças e comportamentos freqüentemente não tinham correspondência; a despeito de sua preferência expressa por técnicas indutivas ou de afirmação de poder, o que tanto mães como pais faziam com mais freqüência era não intervir (Perozynski e Kramer, 1999).

Uma importante meta de socialização é ajudar a criança a internalizar os ensinamentos dos pais na forma de autodisciplina. A análise dos dados de diversos estudos sugere que a indução geralmente é o método mais eficaz e que a afirmação de poder é o menos eficaz de fazer as crianças aceitarem os padrões dos pais (Hoffman, 1970a, 1970b). Entre 54 crianças afro-americanas da pré-escola de uma zona urbana desfavorecida, as crianças cujas mães disseram utilizar argumentação tinham maior tendência de identificar a incorreção moral de um comportamento que fere outras pessoas (em oposição a simplesmente infringir regras) do que crianças cujas mães retiravam privilégios (Jagers, Bingham e Hans, 1996). Talvez isso se deva ao fato de que a punição encoraja as crianças a se concentrarem em si mesmas e em seus sentimentos em vez de em como seu comportamento afeta os outros (McCord, 1996).

A eficácia da disciplina parental pode depender do quanto a criança compreende e aceita a mensagem do genitor, tanto cognitiva como emocionalmente (Grusec e Goodnow, 1994). Para que a criança aceite a mensagem, ela precisa reconhecê-la como apropriada; portanto, os pais precisam ser justos e corretos e ter clareza e consistência em suas expectativas. Precisam adequar suas ações às más ações e ao temperamento e ao nível cognitivo e emocional da criança. Uma criança pode ser mais motivada a aceitar a mensagem se os pais forem normalmente afetuosos e responsivos, se despertarem a empatia da criança pela vítima da má ação e se fizerem a criança menos segura da afeição deles como conseqüência de seu mau comportamento (Grusec e Goodnow, 1994).

Um ponto sobre o qual os especialistas concordam é que uma criança interpreta e responde à disciplina no contexto de um relacionamento presente com o pai (ou mãe). Assim, alguns pesquisadores foram além das práticas parentais específicas para investigar estilos ou padrões educativos.

afirmação de poder

Estratégia disciplinar destinada a desencorajar o comportamento indesejável através do cumprimento físico e verbal do controle dos pais. Compare com *técnicas indutivas e retirada de amor*.

técnicas indutivas

Técnicas disciplinares destinadas a induzir o comportamento desejável apelando para o senso de racionalidade e o de justiça de uma criança. Compare com *afirmação de poder e retirada de amor*.

retirada de amor

Estratégia disciplinar que pode envolver, ignorar, isolar ou demonstrar desafeto por uma criança. Compare com *afirmação de poder e técnicas indutivas*.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ☒ Comparar diversas formas de disciplina e identificar fatores que influenciam sua eficácia?

Pense sobre isso...

- Como pai ou mãe, que formas de disciplina você apóia em que situações? Dê exemplos específicos e justifique-os.

autoritário

Na terminologia de Baumrind, é o estilo parental que enfatiza o controle e a obediência. Compare com democrático e *permissivo*.

permissivo

Na terminologia de Baumrind, é o estilo parental que enfatiza a auto-expressão e a auto-regulação. Compare com *autoritário* e *democrático*.

democrático

Na terminologia de Baumrind, é o estilo parental que mescla o respeito pela individualidade de uma criança com um esforço para infundir valores sociais. Compare com *autoritário* e *permissivo*.

Estilos de Criação

Por que Stacy bate e morde a pessoa que estiver mais próxima quando não consegue terminar um quebra-cabeças? Por que David senta-se amuado quando não consegue terminar um quebra-cabeça, mesmo que seu professor se ofereça para ajudá-lo? Por que Consuelo tenta montar o quebra-cabeças por 20 minutos e depois encolhe os ombros e tenta outro? Por que as crianças são tão diferentes em suas respostas à mesma situação? O temperamento é um fator importante, evidentemente, mas algumas pesquisas sugerem que os estilos parentais podem afetar a competência das crianças para lidar com seu mundo.

O Modelo de Baumrind

Em sua pesquisa pioneira, Diana Baumrind (Baumrind, 1971, 1996b; Baumrind e Black, 1967) estudou 103 pré-escolares de 95 famílias. Através de entrevistas, de testes e de estudo dos lares, avaliou o funcionamento das crianças, identificou três estilos parentais e descreveu padrões típicos de comportamento das crianças criadas conforme cada estilo.

Pais com estilo autoritário valorizam o controle e a obediência sem questionamento. Tentam fazer com que as crianças conformem-se a um determinado padrão de conduta e castigam-nas arbitrariamente e forçosamente quando elas o violam. São mais indiferentes e menos afetuosos do que os outros pais. Seus filhos tendem a ser mais insatisfeitos, retraídos e desconfiados.

Pais com estilo permissivo valorizam a auto-expressão e a auto-regulação. Eles vêem a si mesmos como recursos, e não como modelos. Fazem poucas exigências, permitindo que as crianças monitorem suas próprias atividades o máximo possível. Quando precisam estabelecer regras, explicam os motivos para isso. Consultam as crianças sobre as decisões e raramente usam castigos. São afetuosos e não são controladores nem exigentes. Seus filhos pré-escolares tendem a ser imaturos - com mínimo autocontrole e minimamente exploratórios.

Pais com estilo democrático respeitam a individualidade da criança, mas também enfatizam valores sociais. Eles têm confiança em sua capacidade de orientar as crianças, mas também respeitam decisões, interesses, opiniões e personalidades delas. São afetuosos e acolhedores, mas também exigem bom comportamento, são firmes na manutenção de padrões e estão dispostos a impor castigos limitados e criteriosos - eventualmente até uma palmada leve - quando necessário, no contexto de um relacionamento afetuoso e positivo. Explicam a base de suas opiniões e estimulam a troca de idéias. Seus filhos sentem-se seguros tanto por saberem que são amados como por saberem o que se espera deles. Esses pré-escolares tendem a ser os mais independentes, autocontrolados, seguros, exploradores e satisfeitos.

Eleanor Maccoby e John Martin (1983) acrescentaram um quarto estilo parental - *negligente* ou *não-envolvido* - para descrever os pais que, às vezes, devido ao estresse ou à depressão, se concentram em suas próprias necessidades, e não nas da criança. A criação negligente, discutida posteriormente neste capítulo, foi relacionada com diversos transtornos comportamentais na infância e na adolescência (Baumrind, 1991; Parke e Buriel, 1998; Thompson, 1998).

Por que o estilo democrático parece aumentar a competência das crianças? Talvez seja porque pais democráticos estabelecem expectativas razoáveis e padrões realistas. Ao estabelecerem regras claras e consistentes, eles fazem com que as crianças saibam o que se espera delas. Nos lares autoritários, as crianças são controladas de modo tão severo, que, muitas vezes, não podem fazer escolhas independentes em relação a seu próprio comportamento. Em lares permissivos, as crianças recebem tão pouca orientação, que podem ficar inseguras e ansiosas sem saber se estão fazendo a coisa certa. Nos lares democráticos, as crianças sabem quando estão satisfazendo as expectativas e podem decidir se vale a pena arriscar o desagrado dos pais ou outras conseqüências desagradáveis para atingir algum objetivo. Os pais esperam que essas crianças tenham bom desempenho, cumpram compromissos e participem das obrigações e do divertimento da família. As crianças conhecem a satisfação de cumprir suas responsabilidades e obter êxito. Os pais que fazem exigências razoáveis demonstram que acreditam que seus filhos podem satisfazê-las - e que se interessam o suficiente para insistir que eles as satisfaçam.

Apoio e Críticas ao Modelo de Baumrind

O trabalho de Baumrind inspirou muitas pesquisas, e a superioridade do estilo parental democrático parental (ou concepções semelhantes de estilo parental) tem sido repetidamente confirmada (Baumrind, 1989; Darling e Steinberg, 1993). Um estudo longitudinal de 585 famílias de diversas etnias e níveis socioeconômicos no Tennessee e Indiana, da educação infantil à 6ª série, constatou que quatro aspectos favoráveis da criação inicial - afetividade, uso de disciplina indutiva, interesse e envolvimento nos contatos dos filhos com os pares e ensino pró-ativo de habilidades sociais - prediziam os resultados comportamentais, sociais e acadêmicos posteriores das crianças (Pettit, Bates e Dodge, 1997).

Contudo, como o modelo de Baumrind parece sugerir que existe uma maneira "certa" de educar as crianças, ele gerou certa controvérsia. Uma vez que as descobertas de Baumrind eram correlacionais, apenas estabeleceram associações entre cada estilo de criação e um determinado conjunto de comportamentos da criança. Elas não demonstram que os diferentes modos de criação dos filhos *fazem com que* as crianças sejam mais ou menos competentes. Sandra Scarr (1992, 1993), por exemplo, argumenta que a hereditariedade normalmente exerce uma influência muito maior do que as práticas de educativas.

Também é impossível saber se as crianças estudadas por Baumrind foram realmente criadas com um determinado estilo. Talvez algumas das crianças mais bem adaptadas tenham sido criadas de modo irregular, mas na época do estudo seus pais haviam adotado o estilo democrático. Além disso, os pais, muitas vezes, se comportam de forma inconsistente em situações diferentes (Holden e Miller, 1999).

Além disso, Baumrind não levou em consideração fatores inatos, como temperamento, que poderiam ter influenciado a competência das crianças e exercido influência sobre os pais. Pais de crianças "fáceis" podem ser mais propensos a responder à criança de modo permissivo ou democrático, ao passo que pais de crianças "difíceis" podem se tornar mais autoritários.

Diferenças Culturais nos Estilos Parentais

As categorias de Baumrind refletem a visão norte-americana dominante do desenvolvimento infantil e podem ser enganosas quando aplicadas a algumas culturas ou a diferentes grupos socioeconômicos. Entre americanos asiáticos, obediência e rigor, em vez de estarem associados à severidade e à dominação, têm mais a ver com interesse, preocupação e envolvimento e com a manutenção da harmonia familiar. A cultura tradicional chinesa, com sua ênfase no respeito aos idosos, enfatiza a responsabilidade dos adultos pela manutenção da ordem social, ensinando aos filhos um comportamento socialmente correto. Essa obrigação é empreendida através do controle justo e firme e do domínio da criança. Embora o estilo parental asiático-americano costuma ser descrito como autoritário, o afeto e o apoio que caracterizam os relacionamentos familiares chineses americanos são mais semelhantes ao estilo democrático de Baumrind - mas sem a ênfase nos valores americanos de individualidade, escolha e liberdade (Chao, 1994).

A questão de *quanta* liberdade deve ser concedida aos filhos é uma importante fonte de conflito entre pais e filhos na cultura americana dominante. A maioria dos pais norte-americanos acha que mesmo pré-escolares devem ter direito de ter uma opinião e ter controle sobre alguns aspectos de suas vidas de modo a promover competência e auto-estima. Entretanto, os limites precisos onde termina a área de autonomia de uma criança e inicia a área de controle dos pais são questões de negociação e podem variar entre grupos étnicos e socioeconômicos (Nucci e Smetana, 1996).

Sob a perspectiva da criação democrática, os processos pelos quais pais e filhos resolvem "disputas de limite" podem ser mais importantes do que os resultados específicos. Através da participação no conflito familiar, as crianças podem aprender sobre regras e padrões de comportamento. Também podem aprender sobre que tipos de questões vale a pena discutir e que estratégias funcionam (Eisenberg, 1996). Quando surge um conflito, um genitor democrático pode aproveitar a oportunidade para ensinar a criança maneiras positivas de comunicar seu ponto de vista e de negociar alternativas aceitáveis. ("Se você não quer jogar fora essas con-

Pense sobre isso . . .

- Em que medida você gostaria que seus filhos adotassem seus valores e seus padrões de comportamento? Dê exemplos.

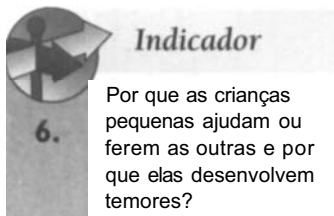
As crianças que têm responsabilidades em casa tendem a desenvolver qualidades pró-sociais, como cooperação e obsequiosidade. Esta menina de 3 anos, que está aprendendo a cuidar de plantas, também tende a ter relacionamentos afetuosos com as pessoas.



VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever e avaliar o modelo de Baumrind sobre os estilos de criação?
- ✓ Discutir como a forma de resolver conflitos com crianças pequenas sobre questões de autonomia e controle pode contribuir para o êxito da criação democrática dos filhos?



Por que as crianças pequenas ajudam ou ferem as outras e por que elas desenvolvem temores?

altruísmo ou comportamento pró-social

Comportamento destinado a ajudar os outros sem recompensa externa.

chas de marisco malcheirosas, onde você que acha que deveria guardá-las?") A internalização deste conjunto mais amplo de habilidades, não apenas de exigências comportamentais específicas, pode ser a chave para o êxito da criação democrática (Grusec e Goodnow, 1994).

Alguns pesquisadores identificaram um estilo parental nas famílias afro-americanas que se enquadra entre os estilos autoritário e democrático de Baumrind. Esse estilo, denominado "criação sem tolíces", alia zelo e afeição ao firme controle dos pais. Pais "sem tolíce" consideram o controle rígido e a insistência na obediência a regras uma proteção necessária para crianças que vivem em bairros perigosos, e essas crianças vêem esse tipo de criação como evidência de preocupação com seu bem-estar (Brody e Flor, 1998). Pode ser enganoso, portanto, considerar os estilos parentais sem observar os objetivos que os pais estão tentando alcançar e as restrições que suas circunstâncias de vida apresentam.

Promovendo o Altruísmo e Lidando com a Agressividade e com o Medo

Três questões específicas de especial preocupação para pais, cuidadores e professores da crianças na pré-escola são como promover o altruísmo, reprimir a agressão e lidar com os medos que com frequência surgem nesta idade.

Altruísmo ou Comportamento Pró-social

Aos 3 anos e 6 meses, Anna reagiu às queixas de dois colegas da pré-escola de que não tinham argila suficiente - o brinquedo predileto dela - cedendo-lhes metade de sua argila. Anna estava demonstrando **altruísmo ou comportamento pró-social** - agindo por preocupação com outra pessoa, sem expectativa de recompensa. As ações pró-sociais frequentemente envolvem custo, auto-sacrifício ou risco.

Mesmo antes do segundo aniversário, as crianças costumam ajudar os outros, dividir pertences e comida e oferecer conforto (ver Capítulo 7). Esses comportamentos podem refletir uma capacidade crescente para imaginar como outra pessoa poderia estar se sentindo (Zahn-Waxler, Radke-Yarrow, Wagner e Chapman, 1992). Uma análise de 179 estudos constatou indícios crescentes de preocupação pelos outros do primeiro ano de vida até a infância e a adolescência (Fabes e Eisenberg, 1996). Embora, em geral, se considere que as meninas são mais pró-sociais do que os meninos, as reais diferenças de gênero no comportamento altruísta são pequenas (Eisenberg e Fabes, 1998).

A família é importante como modelo e como fonte de padrões explícitos de comportamento (Eisenberg e Fabes, 1998). Os pais de crianças pró-sociais geralmen-

te são eles próprios altruístas. Eles destacam modelos de comportamento pró-social e direcionam as crianças para histórias, filmes e programas de televisão, como *Barney and Friends*, que representam cooperação, compartilhamento e empatia e encorajam a compaixão, a generosidade e a obsequiosidade. (Singer e Singer, 1998). Os relacionamentos com os irmãos (discutidos posteriormente neste capítulo) servem como um importante "laboratório" para experimentar comportamentos de afeição e aprender a identificar o ponto de vista de outra pessoa. Amigos e professores também podem servir de modelo e reforçar o comportamento pró-social (Eisenberg, 1992; Eisenberg e Fabes, 1998).

Os pais encorajam o comportamento pró-social quando utilizam métodos disciplinares indutivos em vez de técnicas de afirmação de poder (Eisenberg e Fabes, 1998). Quando Sara roubou um doce em um mercado, seu pai não lhe falou sobre honestidade, nem lhe deu uma palmada ou disse que ela era um menina má. Ao contrário disso, ele explicou como o dono do mercado seria prejudicado por ela não ter pago pelo doce e levou-a de volta ao mercado para devolvê-lo. Quando ocorrem incidentes desse tipo, os pais de Sara perguntam: "Como você acha que o Seu João se sente?" ou "Como você se sentiria se fosse o Seu João?". Em um estudo com 106 crianças de 3 a 6 anos, as crianças mais pró-sociais eram disciplinadas com técnicas indutivas desse tipo (Hart, DeWolf, Wozniak e Burts, 1992).

Os motivos para um comportamento altruísta podem mudar à medida que as crianças crescem e desenvolvem um julgamento moral mais maduro (ver os Capítulos 9 e 11). As crianças em idade pré-escolar tendem a demonstrar motivos egocêntricos, como o desejo de obter elogios e de evitar desaprovação. Elas pesam os custos e os benefícios para si mesmas e pensam em como gostariam que os outros agissem em relação a elas. A medida que as crianças crescem, seus motivos tornam-se menos autocentrados. Adotam os padrões de "bondade" da sociedade, os quais posteriormente se internalizam na forma de princípios e valores (Eisenberg e Fabes, 1998).

As culturas variam quanto ao grau em que promovem o comportamento pró-social. As culturas tradicionais em que as pessoas vivem em grupos familiares extensos e onde o trabalho é compartilhado parecem inculcar valores pró-sociais mais do que as culturas que enfatizam as realizações individuais (Eisenberg e Fabes, 1998).

Agressão

Uma criança que toma um brinquedo de outra geralmente só está interessada no brinquedo, e não em ferir ou dominar a outra criança. Isso é **agressão instrumental** ou agressão utilizada como instrumento para atingir um objetivo - o tipo mais comum de agressão na segunda infância. Entre as idades de 2 anos e 6 meses e 5 anos, as crianças costumam brigar por brinquedos e pelo controle do espaço. A agressividade aparece principalmente durante as atividades sociais; as crianças que brigam mais também tendem a ser as mais sociáveis e competentes. Na verdade, a capacidade de demonstrar certa agressividade instrumental pode ser uma etapa necessária no desenvolvimento social.

Entre os 2 e 4 anos, à medida que as crianças desenvolvem mais autocontrole e tornam-se mais capazes de se expressar verbalmente e esperar pelo que desejam, normalmente passam a demonstrar sua agressividade com palavras em vez de pancadas (Coie e Dodge, 1998). Entretanto, diferenças individuais continuam existindo; as crianças que costumam bater ou tomar brinquedos de outras aos 2 anos tendem a ser fisicamente mais agressivas aos 5 (Cummings, Iannotti e Zahn-Waxler, 1989). Depois dos 6 ou 7 anos, a maioria das crianças torna-se menos agressiva à medida que se tornam mais cooperativas, menos egocêntricas e mais empáticas e comunicam-se melhor. Agora sabem se colocar no lugar de alguém, podem compreender por que a outra pessoa pode estar agindo de certa forma e podem desenvolver maneiras mais positivas de se relacionar com aquela pessoa. À medida que a agressão diminui em geral, a **agressão hostil** - ação que visa a

Pense sobre isso...

- Em uma sociedade na qual os "bons samaritanos" às vezes são insultados por "meterem-se na vida dos outros" e, às vezes, são agredidos pelas próprias pessoas que tentam ajudar, será sensato encorajar as crianças a oferecer ajuda a estranhos?

agressão instrumental

Comportamento agressivo utilizado como meio de atingir um objetivo.

agressão hostil

Comportamento agressivo que visa a ferir outra pessoa



O tipo de agressão envolvida em uma briga por um brinquedo, sem intenção de machucar ou dominar a outra criança, é conhecido como *agressão instrumental*; ela se manifesta principalmente no brincar social e normalmente diminui à medida que as crianças aprendem a pedir o que querem.

ferir outra pessoa - aumenta proporcionalmente (ver Capítulo 10). Algumas crianças não aprendem a controlar a agressão; continuam sendo destrutivas e anti-sociais por toda a vida (Coie e Dodge, 1998).

Os meninos são mais agressivos do que as meninas? Como mencionamos anteriormente, muitos estudos dizem que sim. Com efeito, sugeriu-se que o hormônio masculino testosterona pode estar na base do comportamento agressivo. Desde o primeiro ano de vida, os meninos tendem mais a pegar as coisas dos outros. A medida que aprendem a falar, as meninas tendem mais a utilizar palavras para protestar e resolver os conflitos (Coie e Dodge, 1998).

Entretanto, as meninas podem ser mais agressivas do que parecem; elas apenas demonstram agressividade de maneira diferente (McNeilly-Choque, Hart, Robinson, Nelson e Olsen, 1996). Os meninos utilizam mais **agressão explícita**, ou instrumental ou hostil. A agressão explícita, ou física ou verbal, é abertamente dirigida contra seu alvo. As meninas tendem a praticar a **agressão relacionai** (também chamada de *agressão dissimulada, indireta ou psicológica*). Esse tipo mais sutil de agressão consiste de danificar ou prejudicar os relacionamentos, a reputação ou o bem-estar psicológico. Ela pode envolver espalhar boatos, xingar, negar amizade ou excluir alguém de um grupo.

agressão explícita

Agressão que é abertamente dirigida ao alvo.

agressão relacionai

Agressão destinada a danificar ou prejudicar os relacionamentos, a reputação ou o bem-estar psicológico de outra pessoa; também chamada de *agressão dissimulada, indireta ou psicológica*.

Origens e Desencadeadores de Agressão Quais são as origens da agressão e o que a desencadeia? Por que algumas crianças são mais agressivas do que outras?

Como dissemos, a biologia pode desempenhar um papel de influência. Assim como o temperamento: as crianças que são muito emotivas e possuem pouco autocontrole tendem a expressar raiva de maneira agressiva (Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig e Pinuelas, 1994). Existem indícios de que a exposição real ou televisionada à violência pode desencadear agressão (ver Capítulo 10).

Um relacionamento inicial negativo com a mãe é um fator importante, que pode interagir com outros fatores de risco, como ter baixa condição socioeconômica e ser criado por mãe (ou pai) solteiro. Em estudos longitudinais, o apego inseguro e a ausência de zelo e afeição maternos no primeiro ano de vida prediziam agressividade na segunda infância (Coie e Dodge, 1998).

Os pais de crianças que se tornam anti-sociais não reforçam o bom comportamento e são severos ou inconsistentes ou ambos na repressão ou na punição de mau comportamento (Coie e Dodge, 1998). Os pais que recuam quando confrontados com as demandas coercivas de uma criança (como choramingos ou gritos quando repreendidos por não ir se deitar) podem reforçar a repetição do comportamento indesejável (Patterson, 1995). Por outro lado, como dissemos, a punição severa, especialmente física, pode ter efeito inverso; as crianças punidas fisicamente sofrem não apenas frustração, dor e humilhação (que podem ser estímulos à agressão), mas também identificam no adulto um modelo de comportamento agressivo.

Em um clássico experimento de aprendizagem social (Bandura, Ross e Ross, 1961), crianças de 3 e 6 anos assistiram individualmente a modelos adultos brincando. Um grupo experimental via o adulto brincar com tranquilidade. O modelo para o segundo grupo experimental começava com um brinquedo de armar, mas depois passava o restante da sessão de 10 minutos batendo, arremessando e chutando uma boneca inflável de tamanho natural. Um grupo-controle não via modelo algum. Depois das sessões, as crianças, que estavam um pouco frustradas por verem brinquedos com os quais não podiam brincar, entravam em outra sala de recreação. As crianças que tinham visto o modelo agressivo agiram de modo muito mais agressivo do que as que pertenciam aos outros grupos, imitando muitas das coisas que tinham visto os modelos fazer e dizer. Tanto os meninos como as meninas foram mais influenciados por um modelo agressivo masculino do que por um modelo feminino. As crianças que tinham estado com o modelo tranquilo eram menos agressivas do que o grupo-controle. Essa descoberta sugere que os pais podem ser capazes de moderar os efeitos da frustração, demonstrando comportamento não-agressivo para seus filhos.

Influência da Cultura Que influência tem a cultura sobre o comportamento agressivo? Uma equipe de pesquisadores pediu a amostras muito semelhantes de 30 pré-escolares japoneses e 30 pré-escolares americanos de classe média e classe média alta que

escolhessem soluções ilustrativas para conflitos ou situações estressantes hipotéticas (como ver sua torre de blocos derrubada, ter que parar de brincar para ir dormir, apagar, ouvir os pais discutirem ou brigar no trepa-trepa). As crianças também deviam representar e concluir essas situações utilizando bonecos e objetos. As crianças norte-americanas apresentaram mais cólera, mais comportamento e linguagem agressivos e menos controle das emoções do que as crianças japonesas (Zahn-Waxler, Friedman, Cole, Mizuta e Hiruma, 1996).

Esses resultados são consistentes com os valores de criação dos filhos nas duas culturas. Na cultura japonesa, a cólera e a agressão entram em conflito com a ênfase nos relacionamentos harmoniosos. As mães japonesas tendem mais do que as mães norte-americanas a disciplinar pela razão ou pela indução de culpa, salientando como o comportamento agressivo fere os outros. As mães japonesas também demonstram claramente seu desapontamento quando as crianças não satisfazem seus padrões de comportamento. Entretanto, a diferença intercultural na cólera e na agressividade das crianças era significativa, mesmo sem levar em conta o comportamento das mães, sugerindo que diferenças temperamentais podem também estar atuando (Zahn-Waxler et al., 1996).

Por outro lado, um estudo correlacional de 207 crianças russas de 3 a 6 anos, baseado em questionários respondidos pelos pais, identificou influências familiares sobre a agressão muito semelhantes às identificadas nos estudos ocidentais: coerção dos pais e falta de responsividade. A disciplina coercitiva (de afirmação de poder) por parte de qualquer um dos pais estava vinculada à agressão explícita tanto em meninos como em meninas (Hart, Nelson, Robinson, Olsen e McNeilly-Choque, 1998).

Medos

Medos passageiros são comuns na segunda infância. Muitas crianças de 2 a 4 anos têm medo de animais, especialmente de cães. Aos 6 anos, as crianças tendem mais a sentir medo do escuro. Outros medos comuns são os de tempestades com raios e trovoadas, médicos e seres imaginários (DuPont, 1983; Stevenson-Hinde e Shouldice, 1996). A maioria desses medos desaparece à medida que as crianças crescem e perdem sua sensação de impotência.

Os medos das crianças pequenas devem-se sobretudo à sua intensa imaginação e tendência a confundir aparência com realidade. Às vezes, sua imaginação as arrebatam, fazendo-as temer o ataque de um leão ou serem abandonadas. As crianças pequenas tendem mais a sentir medo de algo que parece assustador, como um monstro de um desenho animado, do que de algo capaz de lhes causar muitos danos, como, por exemplo, uma explosão nuclear (Cantor, 1994). De modo geral, os medos das crianças com mais idade são mais realistas e referentes a seu próprio valor (por exemplo, medo de não passar em uma prova), pois sabem que estão sendo avaliadas pelos outros (Stevenson-Hinde e Shouldice, 1996; ver Tabela 8-3).

Os medos podem ter origem na experiência pessoal (condicionamento) ou nos relatos de experiências de outras pessoas (Muris, Merckelbach e Collaris, 1997). Um pré-escolar cuja mãe está doente pode ficar aborrecido com uma história sobre a morte de uma mãe, mesmo que se trate da mãe de um animal. Muitas vezes, os medos provêm de avaliações de perigo, como a probabilidade de ser mordido por um cão, ou são desencadeados por eventos, como quando uma criança que foi atropelada por um carro fica com medo de atravessar a rua. As crianças que passaram por um terremoto, seqüestro ou algum outro acontecimento assustador podem temer que ele volte a acontecer (Kolbert, 1994).

Os pais podem ajudar a prevenir os medos das crianças instilando um sentimento de confiança e prudência normal sem serem excessivamente protetores e também superando seus próprios medos irrealistas. Podem ajudar uma criança temerosa restituindo-lhe a confiança e incentivando a livre expressão de sentimentos. Ridicularização ("Não seja tão infantil!"), coerção ("Afague o cachorrinho - ele não vai te machucar") e persuasão lógica ("O urso mais próximo está a 30 quilômetros daqui, trancado em um zoológico!") não ajudam. Somente depois da época de ingressarem na escola as crianças são capazes de se convencer de que o que temem não é real (Cantor, 1994).

Pense sobre isso...

- Você acha que existem situações nas quais uma criança deve ser encorajada a ser agressiva?

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir como as influências dos pais e de outras pessoas contribuem para o altruísmo, para a agressão e para os medos?

Tabela 8-3 Medos Infantis

Idade	Medos
0-6 meses	Perda de apoio, ruídos fortes
7-12 meses	Estranhos; alturas; objetos inesperados, repentinos e indistintos.
1 ano	Separação de um dos pais; banheiro, ferimento, estranhos
2 anos	Uma variedade de estímulos, incluindo ruídos fortes (aspiradores, sirenes e alarmes, caminhões e trovões), animais, salas escuras, separação do pai ou mãe, objetos ou máquinas grandes, mudanças no ambiente pessoal, crianças desconhecidas
3 anos	Máscaras, escuro, animais, separação do pai ou mãe
4 anos	Separação do pai ou mãe, animais, escuro, ruídos (inclusive ruídos à noite)
5 anos	Animais, pessoas "más", escuro, separação do pai ou mãe, dano corporal
6 anos	Seres sobrenaturais (por exemplo, fantasmas, bruxas), danos corporais, trovões e relâmpagos, escuro, dormir ou ficar sozinho, separação do pai ou mãe
7-8 anos	Seres sobrenaturais, escuro, acontecimentos da mídia (por exemplo, notícias sobre a ameaça de guerra nuclear ou rapto de crianças), ficar sozinho, dano corporal
9-12 anos	Testes e provas escolares, apresentações escolares, danos físicos, aparência física, trovão e relâmpagos, morte, escuro

Fonte: Adaptado de Morris e Kratochwill, 1983; Stevenson-Hinde e Shouldice, 1996.

Também podemos ajudar as crianças a superar medos através de *dessensibilização sistemática*, técnica terapêutica que envolve a exposição gradual a um objeto ou a uma situação temida. Essa técnica tem sido utilizada com êxito para ajudar as crianças a superar medos que vão de serpentes a elevadores (Murphy e Bootzin, 1973; Sturges e Sturges, 1998).



Indicador

Por que algumas crianças sofrem abuso ou negligência e quais são os efeitos dos maus-tratos?

abuso físico

Ação que coloca uma criança em perigo, envolvendo possível dano corporal.

negligência

Não-atendimento das necessidades básicas de uma criança.

abuso sexual

Qualquer tipo de contato sexual que envolve uma criança e uma pessoa mais velha responsável pelo bem-estar da criança.

maus-tratos emocionais

Ação ou não-ação que pode causar transtornos comportamentais, cognitivos, emocionais ou mentais.

Maus-tratos: Abuso e Negligência

Embora a maioria dos pais seja carinhosa e zelosa, alguns não são capazes ou não cuidam adequadamente de seus filhos, enquanto outros os ferem ou matam deliberadamente. Os *maus-tratos*, sejam cometidos pelos pais ou por outras pessoas, significam deliberada ou desnecessariamente pôr uma criança em perigo. Tal atitude assume diversas formas específicas. De modo geral, por *abuso* entende-se uma ação que causa dano; já a *negligência* refere-se a não-ação que causa dano. O **abuso físico** envolve dano ao corpo mediante socos, espancamento, chutes ou queimaduras. Ocorre **negligência** quando não são atendidas as necessidades básicas da criança, como alimentação, vestuário, assistência médica, proteção e supervisão. **Abuso sexual** é a atividade sexual que envolve uma criança e uma pessoa mais velha. Os **maus-tratos emocionais** incluem atos de abuso ou de negligência que podem causar transtornos comportamentais, cognitivos, emocionais ou mentais (U. S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 1999a). Isso pode incluir rejeição, aterrorização, isolamento, exploração, degradação e ridicularização, ou não prover apoio emocional, amor e afeição. Qualquer forma de maltrato tende a ser acompanhada por uma ou mais de uma das outras formas (Belsky, 1993).

Maus-tratos: Fatos e Números

Os maus-tratos são mais amplamente reconhecidos do que no passado, mas sua incidência continua difícil de determinar. O aumento vertiginoso no número de casos e ferimentos graves notificados desde 1976, quando as primeiras estatísticas nacionais foram compiladas, pode refletir o aumento dos maus-tratos, melhor reconhecimento e notificação de abuso e de negligência, ou (mais provavelmente) de ambos.

O número de notificações de crianças vítimas de abuso ou de negligência nos Estados Unidos diminuiu ligeiramente desde seu auge em 1993. Mesmo assim, o número de casos investigados e confirmados pelas agências governamentais de proteção às crianças em 1997 foi de quase um milhão, e o número real pode ter sido consideravelmente mais alto (USDHHS, 1999c). Muitos casos, se não a maioria, nunca são comunicados aos organismos de proteção, e muitos dos casos notificados não são investigados (USDHHS, 1999a). Crianças e famílias são apanhados entre valores conflitantes: proteger a segurança das crianças ou preservar as famílias e

respeitar a privacidade. Muitas alegações de maus-tratos nunca são confirmadas, e os adultos que são indevidamente acusados sofrem cruel e injustamente. Por outro lado, muitas crianças cuja situação precária é conhecida pelas autoridades ou pelos vizinhos são deixadas nas mãos de pais abusivos ou negligentes, muitas vezes, com resultados fatais.

Em 1996, 6 de 10 casos relatados de maus-tratos envolviam negligência ou maus-tratos emocionais, e quase um a cada quatro envolviam abuso físico. A maioria dos casos de negligência ocorrem em famílias muito pobres; mas a maioria dos pais de baixa renda, como a mãe de Eva Duarte, não negligencia os filhos. Os maus-tratos emocionais são de difícil identificação; seus efeitos podem não aparecer imediatamente e podem ser difíceis de distinguir dos sinais de perturbação emocional e de outros problemas de desenvolvimento (USDHHS, 1999a).

O abuso e a negligência ocorrem com crianças de qualquer idade, mas mais da metade das vítimas de casos notificados têm 7 anos ou menos, e cerca de um quarto delas têm menos de 4 anos (National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, 1997). As meninas têm três vezes mais chances do que os meninos de sofrer abuso sexual, ao passo que os meninos tendem mais a sofrer negligência ou ferimentos graves (Sedlak e Broadhurst, 1996). As pessoas que mais tendem a abusar ou a negligenciar uma criança são seus pais (USDHHS, 1999a, 1999b).

Os maus-tratos tornaram-se uma causa importante de morte entre crianças mais jovens, e, mais uma vez, a incidência total de tais mortes é desconhecida. Segundo uma estimativa, os maus-tratos fatais foram responsáveis por mais de mil mortes em 1996, a metade por abuso e a outra metade por negligência. Três de cada quatro das vítimas tinham menos de 4 anos ((USDHHS, 1999a). Com base em uma análise de todas as mortes de crianças com menos de 11 anos na Carolina do Norte entre 1985 e 1994, estimou-se que o número de mortes de crianças nos Estados Unidos devido a abuso é três vezes maior do que o número notificado oficialmente (9.467 em oposição a 2.973). Em 63% dos casos ocorridos na Carolina do Norte, os pais biológicos eram os abusadores (Herman-Giddens et al., 1999).

Fatores Contribuintes: Uma Visão Ecológica

Por que os adultos machucam ou negligenciam as crianças? Que crianças, em que tipos de famílias, têm maior probabilidade de serem maltratadas? Quais são as características dos abusadores? Que outras influências estão em operação? As respostas não são claras (USDHHS, 1999a).

Os maus-tratos por parte dos pais é um sintoma de perturbação extrema na criação dos filhos, geralmente agravada por outros problemas familiares, como pobreza, alcoolismo ou comportamento anti-social. Um número desproporcional de crianças que sofreram abuso ou negligência são de famílias grandes, pobres ou com apenas um dos pais, as quais tendem a estar sob estresse e a enfrentar dificuldades para atender as necessidades dos filhos (Sedlak e Broadhurst, 1996). Contudo, o que é demais para um pai pode ser enfrentado com tranquilidade por outro. Se analisarmos os maus-tratos utilizando a perspectiva ecológica de Bronfenbrenner, constatamos que o abuso e a negligência refletem a interação de muitos fatores contribuintes que envolvem a criança, a família, a comunidade e a sociedade mais ampla (USDHHS, 1999a).

A Criança na Família Muitos daqueles que cometem abuso são solitários, infelizes, ansiosos, deprimidos, zangados ou agressivos. Eles tendem a ter baixa auto-estima e pouco controle de impulsos e capacidade de enfrentamento. Cerca de um terço dos pais que cometem abuso sofreram abuso durante a infância (National Research Council [NRC], 1993b; Schmitt e Kempe, 1983; USDHHS, 1999a; Wolfe, 1985). O abuso de substâncias é um fator em pelo menos um terço dos casos comprovados de abuso e negligência (USDHHS, 1999a).

Diferentemente de pais negligentes, os quais tendem a ser apáticos, incompetentes, irresponsáveis ou emocionalmente retraídos (Wolfe, 1985), os pais abusivos são excessivamente envolvidos com a criança. Muitas vezes, privados eles mesmos de uma boa criação, irritam-se imensamente com comportamentos que a maioria dos pais aceita como normais (J. R. Reid, Patterson e Loeber, 1982; Wolfe, 1985). O abuso pode começar quando um pai que já é ansioso, deprimido ou hostil tenta controlar uma criança fi-

sicamente, mas perde o controle e acaba sacudindo ou espancando a criança (USDHHS, 1999a). Quando pais que tiveram infâncias difíceis, pensam mal de si mesmos e acham difícil lidar com emoções negativas possuem filhos que são particularmente necessitados ou exigentes, choram muito ou são indiferentes, a probabilidade de maltrato aumenta (NRC, 1993b; Reid et al., 1982; USDHHS, 1999a).

Pais abusivos tendem a ter problemas conjugais e a brigar fisicamente. Seus lares tendem a ser desorganizados, e eles experimentam mais eventos estressantes do que outras famílias (Reid et al., 1982; Sedlak e Broadhurst, 1996). Muitos pais abusivos isolam-se dos outros, ficando sem ninguém a quem recorrer em épocas de estresse e ninguém para ver o que está acontecendo.

Vizinhança e Apoio Social O mundo exterior pode criar um ambiente propício para a violência familiar. Pobreza, desemprego, insatisfação no trabalho, isolamento social e falta de assistência ao cuidador principal estão altamente correlacionados com o abuso de crianças e do cônjuge. Mas nenhum desses fatores são determinantes.

O que faz com que um bairro pobre seja um lugar em que as crianças têm alta probabilidade de serem maltratadas, e outro, com população étnica e nível salarial semelhantes, seja mais seguro? Em um bairro desfavorecido de Chicago, a proporção de crianças que morreram por maus-tratos (uma morte para cada 2.541 crianças) era aproximadamente duas vezes maior do que a proporção em outro bairro desfavorecido. Pesquisadores que entrevistaram líderes comunitários constataram um clima de depressão na comunidade, com alta incidência de abuso. As atividades criminosas se alastravam, e os prédios para programas comunitários eram escuros e lúgubres. Esse era um ambiente com "uma conspiração ecológica contra as crianças" (Garbarino e Kostelny, 1993, p. 213). No bairro onde a incidência de abuso era pequena, as pessoas descreviam sua comunidade como um lugar pobre, mas decente para viver. Descreviam um bairro com coesas redes de apoio social, serviços comunitários bem conhecidos e forte liderança política. Em uma comunidade como essa, há menos chance de ocorrerem maus-tratos.

Valores e Padrões Culturais Dois fatores culturais associados ao abuso de crianças são a violência na sociedade e a punição física das crianças. Em países onde os crimes violentos são raros e as crianças raramente apanham, como, por exemplo, o Japão, a China e o Taiti, o abuso de crianças é raro (Celis, 1990).

Em comparação, os Estados Unidos são um lugar violento. Homicídio, espancamento da esposa e estupro são comuns. Uma decisão da Suprema Corte, de 1977, de que os funcionários das escolas podem bater em crianças desobedientes ainda está em vigor, com algumas restrições. Muitos Estados ainda permitem punição física nas escolas. Segundo uma pesquisa do Instituto Gallup, realizada em 1995, mais de 5% dos pais admitem que punem seus filhos de forma tão brutal, que pode ser equiparada a abuso.

Efeitos dos Maus-tratos

Os maus-tratos podem ter graves conseqüências - não somente físicas, mas emocionais, cognitivas e sociais. Crianças maltratadas costumam falar tarde (Coster, Gersten, Beeghly e Cicchetti, 1989). Elas têm maior probabilidade de repetir de ano, de ter maus resultados em testes cognitivos e de ter problemas de disciplina na escola (Eckenrode, Laird e Doris, 1993). Costumam ter apego desorganizado-desorientado aos pais (ver Capítulo 5) e autoconceito negativo e distorcido. Privadas de interações sociais iniciais positivas, não desenvolvem habilidades sociais e têm dificuldade para fazer amigos (Price, 1996). A negligência crônica durante a segunda infância tem efeitos particularmente negativos, mais tarde, no desempenho escolar, nos relacionamentos sociais, na adaptabilidade e na resolução de problemas (NRC, 1993b).

Crianças maltratadas podem tornar-se excessivamente agressivas ou retraídas (USDHHS, 1999a). Jovens fisicamente abusados tendem a ser temerosos, não-cooperativos, menos capazes de responder adequadamente a ofertas amistosas e, conseqüentemente, menos estimados do que outras crianças (Coie e Dodge, 1998; Haskett e Kistner, 1991; Salzinger, Feldman, Hammer e Rosario, 1993).

Embora a maioria das crianças que sofre abuso não se torne delinqüente, criminoso ou mentalmente doente, o abuso aumenta a probabilidade de que isso ocorra (Dodge, Bates e Pettit, 1990; NRC, 1993b; Widom, 1989). Adolescentes que sofreram abuso

Tabela 8-4 Reações ao Abuso Sexual
Relacionadas com o Desenvolvimento

Idade	Sintomas Mais Comuns
Pré-escolares	Ansiedade Pesadelos Comportamento sexual inadequado
Crianças em idade escolar	Medo Doença mental Agressão Pesadelos Problemas escolares Hiperatividade Comportamento regressivo
Adolescentes	Depressão Comportamentos de retraimento, suicidas ou autodestrutivos Queixas físicas Ações ilegais Fuga Abuso de substâncias

Fonte: Adaptado de Kendall-Tackett, Williams e Finkelhor, 1993.

quando eram mais jovens podem reagir fugindo, o que pode ser um modo de se autoprotger, ou podem abusar de drogas, o que não é uma forma de autoproteção (NRC, 1993b).

As conseqüências do abuso sexual variam com a idade (ver Tabela 8-4), mas o medo e a baixa auto-estima costumam continuar até a idade adulta. Adultos que sofreram abuso sexual durante a infância tendem a ser ansiosos, deprimidos, zangados ou hostis, a não confiar nas pessoas, a se sentir isolados e estigmatizados, e a serem sexualmente desadaptados (Browne e Finkelhorn, 1986) e a abusar de álcool ou drogas (NRC, 1993b; USDHHS, 1999a).

Os maus-tratos emocionais são mais sutis do que os físicos, e seus efeitos podem ser mais difíceis de especificar. Têm sido vinculados à mentira, ao roubo, à baixa auto-estima, à desadaptação emocional, à dependência, ao mau desempenho, à depressão, à agressão, aos transtornos de aprendizagem, ao homicídio e ao suicídio, bem como ao sofrimento psicológico posteriormente na vida (Hart e Brassard, 1987).

Mesmo assim, muitas crianças maltratadas demonstram notável resiliência, principalmente se foram capazes de formar apego a uma pessoa que lhes dê apoio (Egeland e Sroufe, 1981). Inteligência acima da média, capacidade cognitiva desenvolvida e elevada auto-estima parecem ajudar. Também é importante a interpretação da criança do abuso ou da negligência. As crianças que o atribuem às fraquezas ou frustrações do pai ou da mãe parecem enfrentá-lo melhor do que aquelas que o interpretam como rejeição dos pais (Garmezy, Masten e Tellegen, 1984; Zimrin, 1986).

Praticar abuso ao crescer não é de modo algum um resultado inevitável de sofrer abuso quando criança (Kaufman e Zigler, 1987; USDHHS, 1999a). As crianças que sofreram abuso, mas que não se tornaram pais abusadores tendem a ter tido alguém a quem podiam recorrer, a ter feito terapia e a ter bons relacionamentos conjugais ou amorosos. Tendem a ter sido assediadas apenas por um dos pais e ter tido um relacionamento amoroso e favorável com o outro (Egeland, Jacobvitz e Sroufe, 1988; Kaufman e Zigler, 1987; NRC, 1993b).

Ajudar as Famílias em Apuros ou em Risco

Uma vez que os maus-tratos são um problema multifatorial, exigem soluções de múltipla atuação. Para terem êxito, as estratégias de prevenção e de intervenção comunitárias devem ser abrangentes, baseadas nos bairros, centradas na proteção às crianças e voltadas ao fortalecimento das famílias - se possível - e à remoção das crianças se necessário (USDHHS, 1999a).

Alguns programas de prevenção de abuso ensinam técnicas de educação parental básicas (USDHHS, 1999a; Wolfe, Edwards, Manion e Koverola, 1988). Outros progra-

Esta voluntária adulta utiliza bonecos para ajudar as crianças a entender que elas têm controle sobre seus corpos e não precisam deixar que ninguém - nem mesmo amigos ou membros da família - as toque. Estes programas para prevenção de abuso sexual precisam alertar as crianças para o perigo sem assustá-las ou desencorajar afeição apropriada.



VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Definir quatro tipos de abuso e negligência de crianças?
- ✓ Discutir a incidência dos maus-tratos e explicar por que é difícil medi-lo?
- ✓ Identificar os fatores contribuintes relacionados com a criança, a família, o bairro e a sociedade mais ampla?
- ✓ Dar exemplos dos efeitos do abuso e da negligência de crianças?
- ✓ Descrever modos de prevenir ou cessar os maus-tratos e ajudar as vítimas?

mas oferecem assistência diurna subsidiada, construtores voluntários, visitantes domiciliares e "lares de descanso" ou "pais substitutos" temporários.

Um modo de cessar os maus-tratos que já estão ocorrendo é tratar os que cometem abuso como infratores criminosos; aqueles que são detidos por violência familiar são menos propensos a repetir a infração (Bouza, 1990; Sherman e Berk, 1984). Os serviços para crianças e adultos que sofreram abuso incluem abrigos, educação em técnicas parentais educativas e terapia. Pais Anônimos e outras organizações oferecem grupos de apoio gratuitos e sigilosos. Crianças que sofreram abuso podem receber terapia lúdica ou artística e assistência diurna em ambiente terapêutico. Em comunidades onde o abuso e a negligência são comuns, os programas de base escolar podem ser eficazes.

Quando as autoridades retiram as crianças de seus lares, a alternativa costumeira são os lares adotivos, que têm aumentado notavelmente desde a década de 1980. Os lares adotivos afastam a criança do perigo imediato, mas, muitas vezes, são instáveis, podem acabar constituindo uma situação de abuso e alienam ainda mais a criança da família. Eles pretendem ser uma medida emergencial, temporária; contudo, em algumas cidades a média de estadia é de cinco anos, muitas vezes, com uma série de passagens por lares diferentes (NRC, 1993b).

A sociedade precisa encontrar soluções mais eficazes para a difícil situação de crianças vítimas de abuso e de negligência. Sem auxílio, as crianças maltratadas, muitas vezes, crescem com problemas sérios, com grande custo para si mesmas e para a sociedade, e podem continuar o ciclo de maus-tratos quando tiverem seus próprios filhos.

Relacionamentos com Outras Crianças

Embora as pessoas mais importantes na vida das crianças pequenas sejam os adultos que cuidam delas, os relacionamentos com os irmãos e com os amigos tornam-se mais importantes na segunda infância. Praticamente toda atividade característica e a questão de personalidade dessa idade, desde o desenvolvimento de gênero ao comportamento pró-social ou agressivo, envolvem outras crianças. Os relacionamentos com os irmãos e com os amigos oferecem um modo de medir a **auto-eficácia**, ou seja, o crescente entendimento das crianças sobre sua capacidade de enfrentar desafios e de alcançar suas metas. Ao competir com outras crianças ao se comparar com elas, podem aferir sua competência física, social, cognitiva e lingüística e adquirir uma idéia mais realista de si mesmas (Bandura, 1994).

auto-eficácia

Entendimento da capacidade de enfrentar desafios e de alcançar metas.

Irmãos - ou sua Ausência

Os laços entre irmãos e irmãs, muitas vezes, preparam o cenário para os relacionamentos posteriores. Vamos examinar os relacionamentos entre irmãos, depois, as crianças que crescem sem irmãos.

Irmãos e Irmãs

"É meu!"

"Não, é meu!"

"Bom, mas eu estava brincando com isso antes!"

As primeiras disputas mais frequentes e mais intensas entre irmãos envolvem o direito à propriedade - quem é dono de um brinquedo ou quem tem direito a brincar com ele - e algumas dessas brigas tornam-se tão sérias, que os pais ou cuidadores precisam intervir. Embora adultos exasperados nem sempre o vejam assim, as disputas entre irmãos e sua resolução podem ser vistas como oportunidades de socialização, nas quais as crianças aprendem a defender princípios morais - ainda que tais princípios possam não ser os que os adultos utilizam.

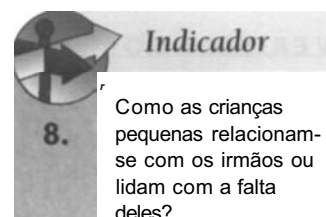
Entre 40 pares de irmãos de 2 e 4 anos, as disputas surgiram em média a cada 15 minutos durante um período de observação de 9 horas. Mesmo crianças de apenas 2 anos e 6 meses discutiam com base em princípios claros: o direito do proprietário a um brinquedo deve ter precedência sobre quem o estava utilizando no momento, mas, quando a propriedade era de uso comum (como era o caso em cerca de metade das disputas), o possuidor deveria ter direitos exclusivos. Os pais, por outro lado, não favoreciam claramente as alegações baseadas em propriedade ou posse, mas eram mais inclinados a enfatizar o compartilhamento e a evitação de danos ou a sugerir brinquedos alternativos (Ross, 1996).

Apesar da frequência dos conflitos, a rivalidade entre irmãos *não* é o principal padrão entre irmãos e irmãs nos primeiros anos de vida. Embora exista alguma rivalidade, também existe afeto, interesse, companheirismo e influência. Observações realizadas durante 3 anos e 6 meses, iniciadas quando os irmãos mais jovens tinham em torno de um 1 ano e 6 meses e os mais velhos tinham de 3 a 4 anos e 6 meses, constataram que os comportamentos pró-sociais e orientados ao divertimento eram mais comuns do que a rivalidade, a hostilidade e a competição (Abramovitch, Corter e Lando, 1979; Abramovitch, Corter, Pepler e Stanhope, 1986; Abramovitch, Pepler e Corter, 1982). Os irmãos mais velhos iniciavam mais comportamentos, amistosos ou não; os irmãos menores tendiam a imitar os mais velhos. Os irmãos relacionavam-se melhor quando sua mãe não estava junto. (As disputas podem ser uma forma de chamar a atenção dos pais.) Quando as crianças mais jovens chegavam no quinto aniversário, os irmãos tornavam-se menos físicos e mais verbais, tanto nas demonstrações de agressão (através de comandos, insultos, ameaças, mexericos, rebaixamentos, subornos e provocações) como de consideração e de afeição (com cumprimentos e auxílio mais do que com abraços e beijos).

Ao menos uma descoberta desta pesquisa foi replicada em muitos estudos: irmãos de mesmo sexo, principalmente do sexo feminino, são mais próximos e brincam juntos com mais tranquilidade do que pares mistos (Kier e Lewis, 1998). A qualidade dos relacionamentos com irmãos e irmãs, muitas vezes, se estende aos relacionamentos com outras crianças; uma criança que é agressiva com os irmãos tende a ser agressiva também com os amigos. Entretanto, uma criança que é dominada por um irmão ou por uma irmã mais velha pode ser capaz de assumir um papel dominante com um amigo. Geralmente as crianças são mais pró-sociais e brincalhonas com os amigos do que com os irmãos (Abramovitch et al., 1986).

O Filho Único

É comum as pessoas pensarem que os filhos únicos são mimados, egoístas, solitários ou desadaptados, mas as pesquisas não confirmam esse estereótipo. Segundo uma análise de 115 estudos com crianças de diversas idades e formações, os filhos únicos saem-se comparativamente bem (Falbo e Polit, 1986; Polit e Falbo, 1987). Em termos de realização ocupacional e educacional e de inteligência, os filhos únicos superam as crianças que possuem irmãos. Os filhos únicos também tendem a ser



VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

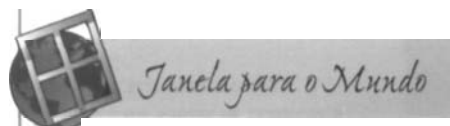
- ✓ Explicar como a resolução de disputas entre irmãos contribui para a socialização?
- ✓ Descrever como a ordem de nascimento e o gênero afetam os padrões de interação típicos entre irmãos?

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Comparar o desenvolvimento dos filhos únicos com o de crianças que possuem irmãos?

mais maduros e motivados e a ter melhor auto-estima. Contudo, não diferem no ajustamento ou na sociabilidade geral. Talvez essas crianças saiam-se melhor porque seus pais lhes dedicam mais tempo e atenção, conversam e fazem mais coisas com elas e esperam mais delas.

Pesquisas na China, país que não permite famílias com mais de um filho, também produziram descobertas positivas em relação aos filhos únicos (ver Quadro 8-2).

**Quadro 8-2****Um País de Filhos Únicos**

Em 1979, para controlar a explosão populacional, a República Popular da China estabeleceu uma política oficial de limitar as famílias a apenas uma criança. Além de campanhas publicitárias e incentivos (moradia, dinheiro, assistência médica e prioridade nas escolas) para induzir conformidade voluntária, milhões de abortos e esterilizações involuntárias foram realizados. As pessoas que têm filhos sem antes obter permissão enfrentam multas e perda de emprego. Em 1985, pelo menos 80% dos casais urbanos e a metade dos de áreas rurais tinham apenas um(a) filho(a) (Yang, Ollendick, Dong, Xia e Lin, 1995), e, em 1997, o crescimento populacional estimado do país mantinha-se estável em pouco mais do que 1% - ou seja, totalmente dentro do alvo de planejamento.

Hoje, a política de restrição ao número de filhos é aplicada sem uniformidade. O crescimento econômico está exercendo um controle natural sobre o tamanho das famílias e também tornando mais fácil para as famílias que desejam um segundo filho pagar a multa (Faison, 1997). A Comissão de Planejamento Familiar do Estado proibiu as esterilizações e os abortos forçados e iniciou uma transição para um sistema mais flexível e generoso que enfatiza a educação, a opção contraceptiva e a elevada tributação para famílias com mais de um filho. Em um pequeno, mas crescente número de municípios, as quotas fixas e a necessidade de autorização foram eliminadas (Rosenthal, 1998).

Mesmo assim, em muitas cidades chinesas, a pré-escola e as salas de ensino fundamental estão quase completamente preenchidas com crianças que não possuem irmãos. Essa situação marca uma grande mudança na sociedade chinesa, na qual os recém-casados eram tradicionalmente cumprimentados com as palavras "Que vocês tenham uma centena de filhos e mil netos". Que tipo de população futura os chineses estão criando?

Pesquisas anteriores sugeriram que os filhos únicos eram mais egocêntricos, menos persistentes, menos cooperativos e menos estimados do que as crianças que possuem irmãos (Jiao, Ji e Jing, 1986). Pesquisas mais recentes, contudo, contradizem essas descobertas. Entre 4 mil crianças de terceira e sexta séries de áreas rurais e urbanas, as diferenças de personalidade entre filhos únicos e crianças com irmãos - conforme avaliação dos pais, dos professores e dos parceiros e das próprias crianças - foram poucas. Nas realizações acadêmicas e no desenvolvimento físico, os filhos únicos eram muito semelhantes ou superiores às crianças com irmãos (Falbo e Poston, 1993). Em uma revisão da literatura não existem diferenças significativas nos problemas de comportamento; o pequeno número de problemas graves que apareceram em filhos únicos foram atribuídos

buídos a excesso de indulgência e superproteção por parte dos pais (Tao, 1998).

Com efeito, os filhos únicos parecem estar em clara vantagem psicológica na China. Quando questionários foram aplicados a 731 crianças e adolescentes urbanos, as crianças com irmãos relataram níveis mais elevados de medo, ansiedade e depressão do que os filhos únicos, independentemente de sexo ou de idade. Ao que parece, as crianças com irmãos são menos bem ajustadas em uma sociedade que favorece e recompensa o filho único (Yang et al., 1995).

Cognitivamente, os filhos únicos parecem se sair melhor também. Um estudo randomizado em escolas de Beijing (Jiao, Ji e Jing, 1996) constatou que filhos únicos superaram colegas de primeira série com irmãos nas capacidades de memória, de linguagem e de matemática. Essa descoberta pode refletir a maior atenção, estimulação, maiores esperanças e expectativas que os pais depositam em um bebê que sabem que será o primeiro e último. Filhos únicos de quinta série, os quais nasceram antes de a política de restrição no número de filhos ter sido instituída - e cujos pais inicialmente poderiam ter planejado ter uma família maior - não demonstraram uma vantagem cognitiva significativa.

Esses dois estudos utilizaram amostras urbanas. Outras pesquisas podem revelar se as descobertas aplicam-se a áreas rurais e a pequenas cidades, onde as crianças com irmãos são mais numerosas, e se os filhos únicos mantêm sua superioridade cognitiva à medida que avançam nos estudos.

A política populacional da China tem implicações mais amplas. Caso tenha êxito, com o tempo, a maioria dos chineses não terão tias e tios, sobrinhos e sobrinhas e primos e primas, além de irmãos e irmãs. Como isso afetará os indivíduos, as famílias e o tecido social é impossível saber.

Uma questão mais sinistra é a seguinte: o que aconteceu com as meninas? Um censo de 1990 sugere que 5% de todos os bebês do sexo feminino nascidos na China (cerca de meio milhão de bebês nascidos vivos anualmente) estão desaparecidos. Há suspeita de que os pais, com permissão para ter apenas um filho, decidiram matar suas filhas, ou as fizeram morrer por negligência para terem a chance de dar à luz e criar filhos homens, mais valorizados. Uma explicação mais favorável é a de que essas meninas foram escondidas e criadas secretamente para escapar da política de filhos únicos (Kristof, 1991, 1993). Seja como for, a política de filhos únicos da China parece estar tendo consequências que seus desenvolvedores podem não ter considerado, e a preocupação com esses efeitos imprevistos pode ser um fator no atual relaxamento de sua aplicação.

Parceiros e Amigos

As crianças pequenas brincam junto ou perto umas das outras, mas somente depois dos 3 anos começam a ter amigos. Através de amizades e de interações com parceiros mais casuais, as crianças pequenas aprendem a se relacionar com os outros. Aprendem que para ter um amigo é preciso ser amigo. Aprendem a resolver problemas nos relacionamentos, aprendem a se colocar no lugar de outra pessoa e identificam modelos de diversos tipos de comportamento. Aprendem valores morais e normas relativas aos papéis de gênero e praticam papéis adultos.

Escolhendo Parceiros e Amigos

Os pré-escolares são seletivos em relação aos parceiros para brincar. Além de geralmente gostarem de brincar com crianças de mesma idade e do mesmo sexo que o seu, eles são muito seletivos em relação a com *quais* crianças brincam. Nas salas de aula de pré-escolares, as crianças tendem a passar a maior parte do tempo com algumas outras crianças - geralmente aquelas com as quais já tiveram experiências positivas e cujo comportamento é parecido com o seu. As crianças que têm experiências positivas freqüentes umas com as outras tendem a se tornar amigas (Rubin et al., 1998; Snyder et al., 1996). Cerca de 75% dos pré-escolares possuem amizades mútuas desse tipo (Hartup e Stevens, 1999).

As características que as crianças pequenas procuram em um parceiro para brincar são semelhantes àquelas que procuram em um amigo (Hart et al., 1992). Em um estudo, crianças de 4 a 7 anos consideraram que as características mais importantes das amizades eram fazer coisas juntos, ter afeto, importar-se um com o outro, compartilhar e ajudar-se mutuamente e, em menor medida, morar perto ou freqüentar a mesma escola. Crianças de menos idade davam mais consideração a características físicas, como aparência e tamanho, do que crianças com mais idade, dando menos consideração à afeição e ao apoio (Furman e Bierman, 1983). Crianças pré-escolares preferem parceiros pró-sociais (Hart et al., 1992). Rejeitam crianças destrutivas, exigentes, intrometidas ou agressivas e ignoram as tímidas, retraídas ou hesitantes (Ramsey e Lasquade, 1996; Roopnarine e Honig, 1985).

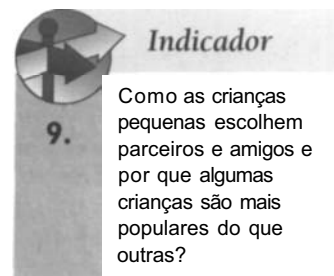
Pré-escolares e alunos de pré-escola, e crianças cujos pais e professores as consideram socialmente competentes, geralmente lidam bem com a raiva. Elas respondem diretamente, de forma que minimizam os conflitos e mantêm os relacionamentos em andamento. Evitam insultos e ameaças. Crianças pouco populares tendem a revidar ou fazer mexericos (Fabes e Eisenberg, 1992).

Todavia, nem todas as crianças sem parceiros para brincar são socialmente pouco adaptadas. Entre 567 alunos de pré-escola, quase duas de cada três crianças socialmente retraídas foram consideradas (por observação direta, questionários aplicados pelo professor e entrevistas com colegas) social e cognitivamente competentes; simplesmente preferiam brincar sozinhas (Harrist, Zain, Bates, Dodge e Pettit, 1997).

Características e Conseqüências das Amizades

Os pré-escolares não agem da mesma forma com amigos e com outras crianças. Com os amigos, têm interações mais positivas e pró-sociais, mas também mais disputas e brigas (Rubin et al., 1998). As crianças podem ficar tão bravas com um amigo quanto com alguém de quem não gostam; porém, tendem a controlar sua raiva e a expressá-la de maneira construtiva (Fabes, Eisenberg, Smith e Murphy, 1996).

As amizades são mais satisfatórias - e tendem a durar mais - quando as crianças as consideram relativamente harmoniosas e nelas encontram confirmação de seu valor pessoal. Ser capaz de confiar nos amigos e receber ajuda deles é menos importante nessa idade do que quando as crianças ganham idade (Ladd, Kochenderfer e Coleman, 1996).



As crianças pequenas aprendem a importância de *ser* amigo para *ter* um amigo. Uma forma de demonstrar amizade seria ajudar uma parceira cega a usufruir do contato com a areia e do som da arrebentação das ondas.

As crianças com amigos gostam mais da escola (Ladd e Hart, 1992). Entre 125 alunos de educação infantil, os que tinham amigos em sua turma no começo das aulas gostavam mais da escola dois meses depois, e os que mantiveram essas amizades continuavam gostando mais da escola nove meses após. As crianças cujas amizades são fonte de auxílio e de validação de si mesmas são mais felizes, têm atitudes mais positivas em relação à escola e sentem que podem buscar apoio nos colegas (Ladd et al., 1996).

Criação e Popularidade

Os estilos e práticas educativas podem influenciar os relacionamentos com os pares. Crianças populares geralmente possuem relacionamentos afetuosos e positivos tanto com a mãe quanto com o pai. Os pais tendem a ser do tipo democrático, e as crianças a ser tanto assertivas como cooperativas (Isley O'Neil e Parke, 1996; Kochanska, 1992; Roopnarine e Honig, 1985). As crianças que têm apego inseguro ou cujos pais são severos, negligentes ou deprimidos ou possuem casamentos perturbados estão em risco de desenvolver padrões sociais e emocionais pouco atraentes e de serem rejeitadas pelos pares (Rubin et al., 1998). Relacionamentos negativos entre mãe e filha ou entre pai e filho são especialmente danosos, pois servem de modelo para interações com amigos do mesmo sexo (Isley et al., 1996).

As crianças cujos pais utilizam disciplina de asserção de poder tendem a utilizar táticas coercivas nas relações com os pares; aquelas cujos pais utilizam a troca de idéias tendem mais a resolver os conflitos com os amigos dessa forma (Crockenberg e Lourie, 1996). As crianças cujos pais expressam com clareza sua desaprovação em vez de raiva, assim como sentimentos positivos fortes, são mais pró-sociais, menos agressivas e mais estimadas (Boyum e Parke, 1995). As crianças cujas brincadeiras físicas com seus pais se caracterizam - de ambas as partes - por beijos, choramingos, raiva, provocações, zombaria ou enfado tendem a compartilhar menos do que as outras crianças, a ser mais agressivas verbal e fisicamente e a evitar o contato social (Carson e Parke, 1996).

Ajudando as Crianças nas Relações com os Amigos

Os adultos podem ajudar os relacionamentos dos filhos com os pares, reunindo-os com outras crianças, monitorando suas brincadeiras e sugerindo estratégias de aproximação a outras crianças.

As crianças cujos pais organizam encontros para brincar possuem mais parceiros, vêm-nos com mais frequência e tomam mais a iniciativa de se reunir (Ladd e Colter, 1988; Ladd e Hart, 1992). Elas também tendem a ser mais sociáveis e cooperativas na pré-escola. Na organização e na supervisão dos encontros para brincar, os pais promovem um comportamento pró-social, bem como sociabilidade, estimulando as crianças a pensar sobre as necessidades e os desejos de seus convidados. Uma vez que as crianças que se comportam pró-socialmente tendem a ser mais populares, esse tipo de orientação pode ter consequências duradouras (Ladd e Hart, 1992).

Outras estratégias úteis incluem fazer um esforço especial para encontrar um grupo para crianças pequenas que não têm muitas oportunidades de estar com outras crianças; estimular os "solitários" a brincar com outra criança solitária ou com um pequeno grupo de duas ou três crianças ou inicialmente apenas para brincar lado a lado com outras crianças; elogiar sinais de empatia e de responsividade; e ensinar amizade indiretamente, utilizando fantoches, representação de papéis e livros sobre animais e crianças que aprendem a fazer amigos (Ramsey e Lasquade, 1996; Roopnarine e Honig, 1985).

Como os pré-escolares respondem aos pares com base na experiência passada, é importante ajudar as crianças a aprender estratégias efetivas antes que sejam rotuladas de estranhas (Ramsey e Lasquade, 1996). Se isso já aconteceu, uma mudança no comportamento da criança pode não ajudar a menos que algo seja feito para mudar as percepções que as outras crianças têm daquela criança - ou encontrar um novo grupo de crianças para ela se associar (Snyder et al., 1996).

Os relacionamentos com os pares tornam-se ainda mais importantes durante a terceira infância, o que examinamos nos Capítulos 9 e 10.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar como os pré-escolares escolhem parceiros e amigos, como se comportam com os amigos e como se beneficiam com as amizades?
- ✓ Discutir como os relacionamentos em casa podem influenciar os relacionamentos com os pares?

Resumo

O Desenvolvimento do Eu

Indicador 1. Como se desenvolve o autoconceito durante a segunda infância? Como as crianças desenvolvem a compreensão de suas emoções?

- O **autoconceito** sofre mudanças importantes na segunda infância. Segundo os neopiagetianos, a **autodefinição** muda de **representações únicas** para mapeamentos representacionais. Crianças pequenas não reconhecem a diferença entre **eu real** e **eu ideal**.
- A compreensão das emoções dirigidas ao eu e de emoções simultâneas desenvolve-se gradualmente durante a segunda infância.

Indicador 2. Como as crianças pequenas desenvolvem a iniciativa e a auto-estima?

- Segundo Erikson, a principal crise de desenvolvimento da segunda infância é a de **iniciativa versus culpa**. O êxito na resolução desse conflito resulta na "virtude" do *propósito*.
- A **auto-estima** na segunda infância tende a ser global e irrealista, refletindo a aprovação adulta. Se a auto-estima depender do êxito, as crianças podem desenvolver um padrão de "impotência" no pensamento e no comportamento.

Gênero

Indicador 3. Como meninos e meninas conscientizam-se do significado do gênero? O que explica as diferenças de comportamento entre os sexos?

- A **identidade de gênero** é um aspecto importante do desenvolvimento do autoconceito.
- A principal diferença de gênero na segunda infância é a maior agressividade dos meninos. Algumas diferenças cognitivas aparecem cedo; outras somente na pré-adolescência ou mais tarde.
- As crianças aprendem **papéis de gênero** em tenra idade através da **tipificação de gênero**. Os **estereótipos de gênero** atingem o máximo durante os anos pré-escolares.
- Quatro importantes perspectivas sobre o desenvolvimento de gênero são as abordagens biológica, psicanalítica, cognitiva e da socialização.
- Evidências de diferenças no tamanho do cérebro e na atividade hormonal pré-natal sugerem que algumas diferenças de gênero podem ter base biológica.
- Na teoria freudiana, uma criança desenvolve a identidade de gênero através de **identificação** com o genitor de mesmo sexo depois de abrir mão do desejo de possuir o outro genitor.
- A teoria cognitiva do desenvolvimento sustenta que a identidade de gênero desenvolve-se a partir do pensamento sobre a experiência. Segundo Kohlberg, a **constância de gênero** leva à aquisição de papéis de gênero.
- A **teoria do esquema de gênero** afirma que as crianças organizam seu conceito de gênero e seu comportamento relacionado com o gênero em torno de informações sobre o que os homens e as mulheres são e fazem em sua cultura.
- Segundo a teoria cognitiva social, as crianças aprendem papéis de gênero através da socialização, a qual inclui observação de modelos, reforço de comportamento apropriado ao gênero e internalização de padrões. Os pais, os amigos e a mídia influenciam a tipificação de gênero.

Brincar: O Negócio da Segunda Infância

Indicador 4. Como os pré-escolares brincam? Como as brincadeiras contribuem para o desenvolvimento e refletem-no?

- Brincar traz muitos benefícios físicos, cognitivos e psicossociais. As mudanças no modo de brincar refletem o desenvolvimento cognitivo e social.
- Segundo Piaget e Smilansky, as crianças progridem cognitivamente do **jogo social** para o **jogo construtivo**, para o **jogo de faz-de-conta** e, depois, para os jogos formais com regras. O jogo de faz-de-conta torna-se cada vez mais comum durante a segunda infância e ajuda as crianças a desenvolver habilidades cognitivas e sociais. Durante a segunda infância também tem início um modo mais impetuoso de brincar.
- Segundo Parten, as brincadeiras tornam-se mais sociais durante a segunda infância. Entretanto, pesquisas posteriores constataram que o brincar solitário não é necessariamente imaturo, dependendo do que as crianças fazem quando brincam.
- As crianças preferem brincar com (e brincam mais socialmente) com outras do mesmo sexo.
- Tanto os aspectos cognitivos e sociais do brincar são influenciados pelos ambientes culturalmente aprovados que os adultos criam para as crianças.

A Educação dos Filhos

Indicador 5. Que formas de disciplina os pais utilizam e como os estilos e as práticas educativas influenciam o desenvolvimento?

- A **disciplina** pode ser um poderoso instrumento de socialização.
- Tanto o reforço positivo como a punição aplicada com prudência podem ser ferramentas apropriadas de disciplina no contexto de um relacionamento genitor-criança positivo.
- **Afirmção de poder, técnicas indutivas e retirada de amor** podem ser eficazes em determinadas situações. A disciplina baseada na indução geralmente é a mais eficaz, e a afirmação de poder a menos eficaz para promover a internalização dos padrões parentais. Bater na criança pode ter consequências negativas.
- Baumrind identificou três estilos parentais: **autoritário, permissivo e democrático**. Segundo muitas pesquisas, pais democráticos tendem a criar crianças mais competentes. Essas categorias e esses resultados podem ser enganosos quando aplicados a certas culturas ou grupos socioeconômicos.
- O conflito familiar pode ser utilizado para ajudar as crianças a aprender regras e padrões de comportamento e habilidades de negociação.

Indicador 6. Por que as crianças pequenas ajudam ou ferem as outras e por que elas desenvolvem temores?

- As origens do **altruismo** ou **comportamento pró-social** aparecem cedo e podem ser cultivadas pelo exemplo e pelo encorajamento dos pais.
- A **agressão instrumental** - primeiro física, depois verbal - é o tipo mais comum de agressão na segunda infância. A maioria das crianças torna-se menos agressiva depois dos 6 ou 7 anos. Entretanto, a proporção de **agressão hostil** aumenta. Os meninos tendem a praticar a **agressão explícita**, ao passo que as meninas utilizam **agressão relacional**. A agressividade pode ser influenciada pelo lar e pela cultura.

- Os pré-escolares desenvolvem temores temporários de objetos e de eventos reais e imaginários; os temores de crianças mais velhas tendem a ser mais realistas. Alguns medos podem ser superados por dessensibilização sistemática.

Indicador 7. Por que algumas crianças sofrem abuso ou negligência e quais são os efeitos dos maus-tratos?

- A incidência de notificações de maus-tratos de crianças aumentou muito desde a década de 1970, e o real número de casos pode ser muito maior do que o notificado.
- Os maus-tratos incluem **abuso físico, negligência, abuso sexual e maus-tratos emocionais**. Podem ter efeitos graves a longo prazo.
- As características do abusador, da vítima, da família, da comunidade e da cultura mais ampla contribuem todas para o abuso e para a negligência de crianças.
- Os maus-tratos podem prejudicar o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social, e seus efeitos podem se estender à idade adulta. Mesmo assim, muitas crianças maltratadas demonstram notável resiliência.

Relacionamentos com Outras Crianças

Indicador 8. Como as crianças pequenas relacionam-se com os irmãos ou lidam com a falta deles?

- Os relacionamentos entre irmãos e pares contribuem para a **auto-eficácia**.
- A maioria das interações entre irmãos são positivas. Irmãos mais velhos tendem a dar início às atividades, e os mais jovens a imitar. Irmãos de mesmo sexo, especialmente as meninas, relacionam-se melhor. Os irmãos tendem a resolver disputas com base em princípios morais, embora não necessariamente os mesmos utilizados pelos pais.
- O tipo de relacionamento que as crianças têm com os irmãos, muitas vezes, se estende ao relacionamento com outros pares.
- Filhos únicos parecem ter um desenvolvimento ao menos tão bom quanto os de crianças que possuem irmãos.

Indicador 9. Como as crianças pequenas escolhem parceiros e amigos e por que algumas crianças são mais populares do que outras?

- Os pré-escolares escolhem parceiros e amigos que sejam parecidos consigo. As crianças agressivas são menos populares do que as crianças pró-sociais.
- Amigos têm mais interações positivas e negativas do que outros parceiros.
- A criação pode afetar a competência social das crianças com os pares.

Palavras-Chave

autoconceito (315)
autodefinição (315)
representações únicas (316)
eu real (316)
eu ideal (316)
mapeamentos
representacionais (316)
iniciativa *versus* culpa (318)
auto-estima (319)
identidade de gênero (320)

papéis de gênero (321)
tipificação de gênero (321)
estereótipos de gênero (321)
identificação (323)
constância de gênero (324)
teoria do esquema de gênero
(324)
jogo funcional (328)
jogo construtivo (329)
jogo de faz-de-conta (329)

disciplina (331)
afirmação de poder (333)
técnicas indutivas (333)
retirada de amor (333)
autoritário (334)
permissivo (334)
democrático (334)
altruísmo ou comportamento
pró-social (336)
agressão instrumental (337)

agressão hostil (337)
agressão explícita (338)
agressão relacionai (338)
abuso físico (340)
negligência (340)
abuso sexual (340)
maus-tratos emocionais (340)
auto-eficácia (344)

Parte Quatro

Terceira Infância



*O*s anos intermediários da infância, aproximadamente dos 6 aos 11 anos, costumam ser chamados de período escolar. A escola é a experiência central durante esse período - um ponto focal de desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial. Como vimos no Capítulo 9, as crianças tornam-se mais altas, mais pesadas e mais fortes e adquirem as habilidades motoras necessárias para participar de jogos e de esportes organizados. Também ocorrem importantes avanços no pensamento, no julgamento moral, na memória e na capacidade de ler e escrever. As diferenças individuais tornam-se mais evidentes, e as necessidades especiais mais importantes, pois as competências influenciam o êxito na escola.

As competências também influenciam a auto-estima e a popularidade, como veremos no Capítulo 10. Embora os pais continuem sendo importantes, o grupo de amigos é mais influente do que antes. As crianças desenvolvem-se física, cognitiva e emocionalmente - e também socialmente - através do contato com outras crianças.

Conexões a Procurar

- Crianças obesas costumam sofrer rejeição social.
- O desenvolvimento moral pode estar vinculado ao desenvolvimento cognitivo.
- O QI pode ser influenciado pela nutrição, pela condição socioeconômica, pela cultura, pela harmonia com o examinador e pela familiaridade com o ambiente.
- Estilos parentais podem influenciar o desempenho escolar.
- A aparência física desempenha um papel importante na auto-estima.
- O declínio no pensamento egocêntrico permite amizades mais profundas e mais íntimas.
- As crianças que aprendem e resolvem problemas com facilidade tendem a ser mais resilientes no enfrentamento do estresse.

Terceira Infância: Uma *Prévia*



Capítulo 9

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Terceira Infância

O crescimento desacelera-se.

A força e as habilidades físicas aperfeiçoam-se.

Doenças respiratórias são comuns, mas a saúde geralmente é melhor do que em qualquer outro período da vida.

O egocentrismo diminui. As crianças começam a pensar com lógica, mas de maneira concreta.

A memória e as habilidades lingüísticas aumentam.

O desenvolvimento cognitivo permite às crianças beneficiarem-se do ensino formal.

Algumas crianças apresentam necessidades e vantagens educacionais especiais.



Capítulo 10

Desenvolvimento Psicossocial na Terceira Infância

O autoconceito torna-se mais complexo, influenciando a auto-estima.

A co-regulação reflete uma transferência gradual do controle dos pais para a criança.

Os amigos assumem importância central.

Capítulo 9

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Terceira Infância





que acima de tudo devemos nos lembrar na educação de nossos filhos é de que seu amor pela vida não deve jamais esmorecer.

Natalia Ginzburg, *As Pequenas Virtudes*, 1985



Theodore Roosevelt

Foco:

Theodore Roosevelt, Bravo Cavaleiro*

Theodore Roosevelt (1858-1919), o vigésimo sexto presidente dos Estados Unidos, era um homem vigoroso que gostava da vida ao ar livre. Durante a infância, Roosevelt demonstrou interesse pela natureza e queria ser zoólogo. Preenchia cadernos com suas observações e, em uma viagem com a família à Europa, aos 10 anos, visitou todos os museus de história natural que pôde encontrar. Anteriormente já havia iniciado seu próprio museu de história natural, guardando seus espécimes em seu quarto, até que uma arrumadeira descobriu uma coleção de ratos mortos na cômoda.

Leitor voraz, Roosevelt adorava histórias de aventura. Quando cresceu, viveu as suas. Antes de se tornar presidente, viveu dois anos em um rancho em Dakota do Norte e organizou e liderou um regimento de cavalaria com voluntários, chamados Rough Riders (*Bravos Cavaleiros*). Depois de deixar a Casa Branca, Roosevelt conduziu uma grande expedição de caça no leste da África, na qual 296 animais foram capturados, e uma expedição exploratória na América do Sul, que resultou na descoberta de um tributário do Rio Madeira. Escreveu diversos livros sobre essas experiências, um dos quais chamado *The Strenuous Life* (1900).

Entretanto, durante sua infância em Manhattan, "Teedie", como era chamado então, era fraco e doentio, sujeito à asma. Com duas irmãs e um irmão, passava os verões no campo, correndo de pés descalços, nadando, remando, fazendo caminhadas, colhendo maçãs, caçando rãs e montando um pônei Shetland. Ainda assim, apesar de todos esses exercícios físicos saudáveis, "continuava tendo suas noites arquejantes, seus dias de reação de exaustão, suas pernas afinadas, seu semblante pálido e seus distúrbios digestivos" (Putnam, 1958, p. 33). Geralmente enfermo demais para ir à escola, foi alfabetizado em casa.

Quando Teedie tinha 10 ou 11 anos, seu pai - um homem grande e forte, de ascendência holandesa robusta - lhe disse que ele precisava melhorar sua condição física. "Você tem a mente, mas não o corpo", disse-lhe o velho Roosevelt, "e, sem o auxílio do corpo, a mente não pode ir tão longe quanto deveria" (Pringle, 1931, p. 17).

Um amplo aposento no segundo piso da casa de arenito da família, situada na vigésima rua perto da praça da União, foi convertido em uma academia. Ali o rapaz obediamente se exercitava com halteres, barras e o saco de pugilismo. Posteriormente, uma crise de asma fez com que sua família o enviasse ao Lago Moosehead. No caminho, alguns rapazes na diligência provocaram-no impiedosamente, e Roosevelt descobriu-se fraco demais para se defender. Humilhado, decidiu melhorar sua saúde e sua for-

S U M Á R I O

FOCO'. Theodore Roosevelt, Bravo Cavaleiro

DESENVOLVIMENTO FÍSICO

Aspectos do

Desenvolvimento Físico

Crescimento

Nutrição e Dentição

Desenvolvimento Motor

Saúde e Segurança

Manutenção da Saúde e da

Boa Forma

Problemas de Saúde

Ferimentos por Acidente

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Abordagem Piagetiana: A Criança Operacional Concreta

Avanços Cognitivos

Influências do Desenvolvimento

Neurológico e da Cultura

Julgamento Moral

Outras Abordagens do Desenvolvimento Cognitivo

Abordagem do Processamento de

Informações: Memória e outras

Habilidades de Processamento

Abordagem Psicométrica:

Avaliação da Inteligência

Linguagem e Capacidade de Ler e Escrever

Vocabulário, Gramática e Sintaxe

Pragmática

Capacidade de Ler e Escrever

A Criança na Escola

Ingressando na 1ª Série

Influências Ambientais sobre o

Desempenho Escolar

Educação em Segunda Língua

Crianças com Problemas de

Aprendizagem

Crianças Superdotadas

* As fontes de informação sobre a vida de Theodore Roosevelt foram Pringle (1931), Putnam (1958) e Roosevelt (1929).

ça e imediatamente começou a fazer aulas de boxe. Com o desenvolvimento da estatura e da largura do peito, sua autoconfiança aumentou.

A asma não era seu único problema. Aos 13 anos, quando começou a aprender a atirar, Roosevelt descobriu que era míope. Primeiramente, percebeu que seus companheiros miravam coisas que ele não conseguia enxergar. Certo dia, leram em voz alta um anúncio distante em um *outdoor*. Embora as letras fossem grandes, ele não conseguia distingui-las. Foi então que compreendeu por quê, durante toda sua infância, estivera em desvantagem no estudo da natureza: "As únicas coisas que eu podia estudar eram aquelas nas quais eu batia ou tropeçava" (Roosevelt, 1929, p. 17).

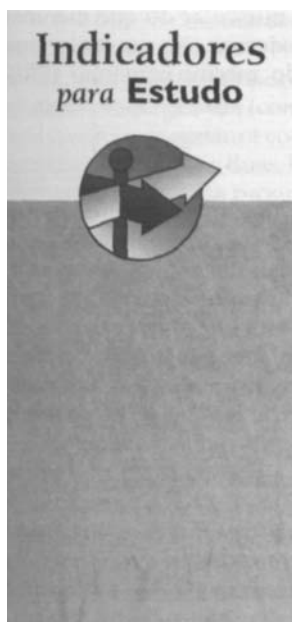
O primeiro par de óculos mudou a perspectiva de Roosevelt sobre a vida e "revelou-lhe um mundo inteiramente novo". Eu era um garotinho atrapalhado e desajeitado", escreveu ele em sua autobiografia, "e... isso devia-se muito ao fato de que eu não enxergava bem, mas era totalmente ignorante de que não estava enxergando". A lembrança de sua deficiência não-diagnosticada na infância trouxe-lhe "uma forte simpatia" pelas iniciativas de "remoção das causas físicas da deficiência nas crianças, que, muitas vezes, são injustamente acusadas de obstinação ou falta de ambição ou de serem mentalmente estúpidas" (Roosevelt, 1929, p. 18).

omo o pai de Theodore Roosevelt reconheceu, mente e corpo sadios são fundamentais para um desenvolvimento positivo. E, como o próprio Roosevelt descobriu, a competência física tem conseqüências cognitivas e psicossociais.

Apesar dos resfriados e das dores de garganta freqüentes, a terceira infância é um período de saúde para a maioria das crianças, mas muitas, como Theodore Roosevelt, não são tão saudáveis ou fisicamente aptas quanto deveriam. Embora as capacidades motoras aperfeiçoem-se de maneira menos substancial na terceira infância do que antes, esse período é importante para o desenvolvimento da força, da resistência e da proficiência motora necessário para esportes dinâmicos.

Neste capítulo, examinaremos esses desenvolvimentos físicos, começando com o crescimento normal, que depende de nutrição adequada e de boa saúde. Cognitivamente, veremos como o ingresso no estágio de operações concretas de Piaget permite às crianças pensar logicamente e fazer julgamentos morais mais maduros. Com o aperfeiçoamento da memória e da capacidade de resolução de problemas, os testes de inteligência tornam-se mais precisos na predição do desempenho escolar. A capacidade de ler e escrever abre a porta para a participação em um mundo mais amplo. Observaremos os fatores que influenciam a transição para o ensino fundamental e o desempenho escolar. Examinaremos as controvérsias sobre os testes de QI, os métodos de ensino de leitura e a educação em segunda língua. Por fim, veremos como as escolas educam as crianças com necessidades especiais.

Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:

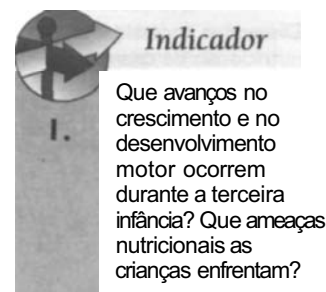


1. Que avanços no crescimento e no desenvolvimento motor ocorrem durante a terceira infância? Que ameaças nutricionais as crianças enfrentam?
2. Quais são as principais questões de saúde, de forma física e de segurança em torno de crianças em idade escolar?
3. Como o pensamento e o julgamento moral das crianças em idade escolar diferem dos de crianças mais jovens?
4. Que avanços na memória e em outras habilidades de processamento de informações ocorrem durante a terceira infância?
5. Com que precisão a inteligência de crianças em idade escolar pode ser medida?
6. Como as capacidades de comunicação e de leitura e escrita expandem-se durante a terceira infância?
7. O que influencia o desempenho escolar?
8. Como as escolas atendem às necessidades de crianças de língua estrangeira e daquelas que têm problemas de aprendizagem?
9. Como os superdotados são avaliados e estimulados?

Desenvolvimento Físico

Aspectos do Desenvolvimento Físico

Se caminhássemos por uma típica escola de ensino fundamental logo após o sinal de saída, veríamos uma virtual explosão de crianças de todas as formas e de diferentes tamanhos. Crianças altas, baixas, fortes e magras sairiam pelas portas da escola para a rua. Algumas dessas crianças, que passaram grande parte do dia sentadas na escola, irão para casa, farão um lanche e sairão correndo para a rua para pular corda, jogar bola, patinar, andar de bicicleta ou brincar com bolas de neve. Algumas, principalmente aquelas cujos pais trabalham fora, podem ficar na escola em programas extraclasse. Muitas crianças, entretanto, entram em casa depois da escola e não saem mais durante o resto do dia. Em vez de se exercitar para alongar seus corpos, fazem os deveres, ou ficam sentadas assistindo à televisão. Quando falamos sobre desenvolvimento físico na terceira infância, portanto, precisamos examinar cada criança individualmente.



Crescimento

Comparado com o ritmo acelerado da segunda infância, o crescimento em peso e em altura durante a terceira infância é consideravelmente mais lento. Ainda assim, embora mudanças diárias possam não ser óbvias, produzem uma surpreendente diferença entre crianças de 6 anos, que ainda são crianças pequenas, e crianças de 11 anos, muitas das quais já começam a parecer adultas.

Em média, as crianças norte-americanas em idade escolar crescem cerca de 2,5 a 7,6 cm a cada ano e ganham 2,2 a 3,6 kg ou mais, dobrando seu peso corporal. Ao final dessa etapa, as meninas iniciam um surto de crescimento, ganhando cerca de 4,5 kg por ano. De repente, elas estão mais altas e mais pesadas que os meninos de sua turma na escola e continuarão assim até aproximadamente os 12 ou 13 anos, quando os rapazes iniciam seu surto de crescimento e superam as moças (ver Capítulo 11). As moças retêm um pouco mais de tecido gorduroso que os rapazes, característica que irá persistir durante a idade adulta.

Meninas e meninos afro-americanos tendem a crescer mais rápido do que crianças brancas e, assim, a ser um pouco mais altas e pesadas na mesma idade. Aos 6 anos,

as meninas afro-americanas possuem mais massa óssea e muscular do que meninas brancas ou americanas mexicanas. Meninas americanas mexicanas têm um maior percentual de gordura corporal do que meninas brancas do mesmo tamanho (Ellis, Abrams e Wong, 1997).

Nutrição e Dentição

A maioria das crianças em idade escolar tem bom apetite e come muito mais do que as crianças mais jovens. Para sustentar seu constante crescimento e constante esforço, as crianças precisam, em média, 2.400 calorias todos os dias - mais para crianças com mais idade e menos para as mais jovens. O café da manhã deveria suprir cerca de um quarto do total de calorias. O consumo diário de comida deveria incluir níveis elevados de carboidratos complexos, encontrados em alimentos como batatas, massa, pão e cereais. Os carboidratos simples, encontrados nos doces, devem ser consumidos o mínimo possível. Embora as proteínas sejam necessárias para construir e reparar os músculos, a maioria das pessoas nos Estados Unidos come mais proteína do que necessita. A quantidade diária recomendada pelo governo para crianças de 7 a 10 anos é 28 g, mas o consumo médio de meninos e meninas é de 71 g (Bittman, 1993).

Os nutricionistas recomendam uma dieta variada que inclua muitos grãos, frutas e verduras, que são ricos em nutrientes naturais. Estudos constataram que as crianças norte-americanas de todas as idades comem gordura e açúcar em excesso e alimentos artificialmente enriquecidos ou com poucos nutrientes (Munoz, Krebs-Smith, Ballard-Barbash e Cleveland, 1997; Subar, Krebs-Smith, Cook e Kahle, 1998).

Desenvolvimento e Cuidado dos Dentes

A maioria dos dentes adultos chega no início da terceira infância. Os dentes de leite começam a cair em torno dos 6 anos e são substituídos por dentes permanentes em um ritmo de aproximadamente quatro dentes por ano durante os cinco anos seguintes.

Uma importante preocupação de saúde nos Estados Unidos até pouco tempo era a elevada taxa de problemas dentários entre as crianças. Hoje a situação é melhor, graças à melhor assistência odontológica e ao uso disseminado de flúor nas pastas de dente, nos anti-sépticos bucais e na água utilizada para beber e para preparar os alimentos. Mais do que a metade (55%) das crianças norte-americanas de 5 a 17 anos possuem dentes permanentes sem cáries, comparadas com apenas um quarto (26%) das crianças de 6 a 17 anos do período de 1971 a 1974. Grande parte da melhoria na saúde dentária das crianças é atribuída ao uso de seladores adesivos nas superfícies ásperas de mastigação dos dentes, o qual duplicou no período entre 1986 e 1987 e 1988 e 1991 (Brown, Kaste, Selwitz e Furman, 1996).

Obesidade, Risco Cardíaco e Imagem Corporal

A obesidade infantil tornou-se uma importante questão de saúde nos Estados Unidos. A proporção de crianças obesas de 6 a 17 anos aumentou mais do que duas vezes entre 1981 e 1991 - de 5 para quase 11% (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 1994). Uma criança cujo *índice de massa corporal* (peso em relação à altura) encontrava-se no 95º percentil (ou seja, mais alto do que o de 95% das crianças de mesma idade e sexo em uma amostra padronizada) era considerada obesa. Além disso, os padrões tornaram-se mais tolerantes, obscurecendo a total extensão do problema. Cerca de um terço das crianças de 5 a 14 anos em estudos transversais em Bogalusa, Louisiana, de 1992 a 1994, teriam sido consideradas obesas pelos padrões utilizados em 1973, o qual se baseava no 85º percentil, e não no 95º (Freedman, Srinivasan, Valdez, Williamson e Berenson, 1997).

O excesso de peso, muitas vezes, resulta de uma tendência herdada, agravada por pouco exercício e excesso, (ou tipo errado), de alimento. Os pesquisadores identificaram pelo menos três genes que parecem envolvidos na obesidade (Clément et al., 1998; Jackson et al., 1997; Montague et al., 1997; Ristow, Muller-Wieland, Pfeiffer, Kroner e Kahn, 1998). Um desses genes rege a produção de uma proteína cerebral chamada *leptina*, que parece ajudar a regular a gordura corporal através do controle do apetite (Campfield, Smith, Guisez, Devos e Burn, 1995; Friedman e Halaas, 1998; Halaas et al., 1995; Kristensen et al., 1998; Montague et al., 1997; Pelleymounter et al., 1995; Zhang et al., 1994).

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir os típicos padrões de crescimento de meninos e meninas na terceira infância?
- ✓ Discutir as necessidades nutricionais de crianças em idade escolar?
- ✓ Dizer por que a saúde dos dentes melhorou em anos recentes?

A inatividade pode ser um dos principais fatores no brusco aumento da obesidade (Freedman et al., 1997; Harrell, Gansky, Bradley e McMurray, 1997). Embora uma conexão causal não tenha sido estabelecida, as crianças que assistem a quatro ou mais horas de televisão por dia (como é o caso de mais de um quarto das crianças norte-americanas) têm mais gordura corporal e o índice de massa corporal mais alto do que as que assistem a menos de duas horas por dia (Andersen, Crespo, Barlett, Cheskin e Pratt, 1998). Depois de uma programa escolar de seis meses para monitorar e reduzir o tempo de utilização de televisão, videocassete e *videogame* por parte de estudantes de 3ª e 4ª séries, os participantes apresentaram diminuição no índice de massa corporal, na espessura da dobra de pele do tríceps, na circunferência da cintura e na relação cintura-quadril, comparados com crianças que não participaram do programa (Robinson, 1999).

As crianças obesas costumam sofrer emocionalmente por causa da rejeição dos amigos. Elas também tendem a se tornar adultos com sobrepeso, em risco de hipertensão, de doença cardíaca, de problemas ortopédicos e de diabete. O sobrepeso na infância pode prognosticar melhor algumas doenças do que o sobrepeso adulto (Must, Jacques, Dallal, Bajerna e Dietz, 1992). O índice de massa corporal e a hipertensão, ambos fatores de risco cardíaco, tendem a ser mais altos nas crianças afro-americanas e nas crianças americanas mexicanas do que em crianças brancas (Winkleby, Robinson, Sundquist e Kraemer, 1999).

Outro fator de risco é o colesterol, substância cerosa encontrada nos tecidos humanos e animais. Níveis elevados de um tipo de colesterol (LDL, ou colesterol "ruim") podem perigosamente estreitar os vasos sanguíneos, levando à doença cardíaca. Essa doença é chamada *arteriosclerose*. Já que a arteriosclerose começa na infância, o mesmo deve acontecer com a prevenção de doenças cardíacas.

Até intervenções breves podem ter excelentes resultados. Um programa de oito semanas de saúde e educação alimentar para alunos de 3ª e 4ª séries em escolas da Carolina do Norte, associado com atividade aeróbica em vez de aulas normais de educação física, reduziu os riscos cardiovasculares - níveis de colesterol, índice de massa corporal e de gordura corporal - em comparação com um grupo-controle que não participou do estudo (Harrell et al., 1998).

Os programas de manutenção do peso devem começar cedo e devem consistir de aumentos graduais predeterminados na atividade física e na redução no consumo de alimentos com alto teor de gordura e de calorias (Barlow e Dietz, 1998). Infelizmente, as crianças que tentam perder peso nem sempre são as que precisam fazê-lo. A preocupação com a **imagem corporal** - a aparência que acreditamos que temos - passa a ser importante próximo ao final da terceira infância, especialmente para as moças, e pode dar origem a transtornos alimentares que se tornam mais comuns na adolescência (ver o Capítulo 12). A medida que as pré-adolescentes começam a tomar corpo e a engordar, algumas - talvez influenciadas pelos modelos de extrema magreza da mídia - encaram esse desenvolvimento normal como indesejável. Segundo um estudo, cerca de 40% das crianças de 9 a 10 anos, principalmente aquelas cujas mães lhes disseram que eram gordas demais, esforçam-se para tentar perder peso (Schreiber et al., 1996).

imagem corporal

Crenças descritivas e de avaliação sobre nossa aparência.

Subnutrição

Acredita-se que mais da metade das crianças pequenas do sul da Ásia, 30% daquelas da África subsaariana, e 10% das do hemisfério ocidental sofrem de subnutrição (World Health Organization [WHO], 1996). Nos Estados Unidos, no início dos anos de 1990, de 2 a 4 milhões de crianças com menos de 12 anos de idade, às vezes ou com frequência, não tinham comida suficiente (Lewit e Kerrebrock, 1997a).

Como as crianças subnutridas geralmente vivem na pobreza e sofrem outros tipos de privações, os efeitos específicos da subnutrição podem ser difíceis de isolar. Entretanto, consideradas em conjunto, essas privações podem afetar negativamente não apenas o crescimento e o bem-estar físico, mas também o desenvolvimento cognitivo e psicossocial (Espinosa, Sigman, Neumann, Bwibo e McDonald, 1992; Lewit e Kerrebrock, 1997b; McDonald, Sigman, Espinosa e Neumann, 1994; Ricciuti, 1993; WHO, 1996).

A escolaridade pode fazer diferença. Um estudo longitudinal acompanhou aproximadamente 1.400 crianças guatemaltecas em aldeias rurais empobrecidas, muitas das quais com paralisação do crescimento por subnutrição e vivendo em condições anti-higiênicas causadoras de infecção. Aquelas que concluíram pelo menos quatro anos de

VERIFICADOR

- Você é capaz de ...
- ✓ Discutir as possíveis causas do aumento na obesidade infantil e dizer como ela pode afetar a saúde na idade adulta?
 - ✓ Descrever os efeitos da subnutrição e identificar fatores que podem influenciar seus resultados a longo prazo?

Pense sobre isso ...

- Se a obesidade é "de família", seja por hereditariedade, seja por estilo de vida, como pais que não puderam controlar seu próprio peso podem ajudar seus filhos?
- Em virtude dos efeitos a longo prazo da subnutrição infantil sobre o desenvolvimento físico, social e cognitivo, o que os diversos setores da sociedade - organismos governamentais, grupos comunitários e organizações privadas - podem e devem fazer para combatê-la?

brincar impetuoso
Modo vigoroso de brincar que envolve lutar, rolar no chão, chutar, agarrar e, às vezes, perseguir, em geral acompanhado é de risos e gritos.

escola saíram-se melhor em testes de cognição durante a adolescência do que as que abandonaram os estudos mais cedo (Gorman e Pollitt, 1996).

Os efeitos da subnutrição no início da vida podem, em grande parte, ser revertidos com melhorias na dieta (Lewit e Kerrebrock, 1997b). Em Massachusetts, quando crianças de baixa renda da 3ª a 6ª séries participaram de um programa de merenda escolar, seus resultados em testes de desempenho aumentaram (Meyers, Sampson, Weitzman, Rogers e Kayne, 1989).

Já que a subnutrição afeta todos os aspectos do desenvolvimento, seu tratamento pode precisar ir além do cuidado físico. Um estudo longitudinal (Grantham-McGregor, Powell, Walker, Chang e Fletcher, 1994) acompanhou dois grupos de crianças jamaicanas com baixos níveis de desenvolvimento, hospitalizadas devido à grave desnutrição nos primeiros anos de vida. As crianças vinham de lares extremamente pobres e, muitas vezes, instáveis. Profissionais ligados à área de saúde brincavam com um grupo experimental de crianças no hospital e, após a alta, visitavam-nas em casa toda semana durante três anos, ensinando as mães a utilizar brinquedos feitos em casa e estimulando-as a interagir com seus filhos. Um grupo-controle recebeu apenas assistência médica padrão.

Três anos após o término do programa, o QI das crianças do grupo experimental estava bem acima do QI do grupo-controle (embora não tão alto quanto o de um terceiro grupo bem nutrido); e o QI delas permaneceu significativamente mais alto 7, 8, 9 e 14 anos depois de saírem do hospital. A continuidade do programa parecia importante; no entanto, além de ele durar três anos, as mães no grupo experimental matricularam seus filhos na pré-escola em idade mais precoce do que as crianças no grupo-controle.

Desenvolvimento Motor

Durante a terceira infância, as habilidades motoras das crianças continuam aperfeiçoando-se (ver Tabela 9-1). As crianças continuam tornando-se mais fortes, mais rápidas e mais bem coordenadas - e obtêm muito prazer ao testar seus corpos e adquirir novas habilidades.

Brincar Impetuosos

Quando vemos garotos em idade escolar revolvendo-se um sobre o outro, podemos ter dificuldade para saber se eles estão brigando ou brincando, não fosse pela expressão de seus rostos. Cerca de 10% das brincadeiras dos escolares nos recreios nas primeiras séries consistem deste **brincar impetuoso**, um modo vigoroso de brincar que envolve lutar, chutar, rolar no chão, agarrar-se e, às vezes, perseguir, em geral acompanhado de risos e gritos. Esse modo de brincar atinge o auge na terceira infância; a proporção nor-

Tabela 9-1 Desenvolvimento Motor na Terceira Infância

Idade	Comportamentos Selecionados
6	As meninas são superiores na precisão do movimento; os meninos são superiores em ações menos complexas que envolvam força. Pequenos saltos são possíveis. As crianças sabem arremessar com transferência de peso e passo adequados.
7	O equilíbrio em um dos pés sem olhar torna-se possível. As crianças são capazes de caminhar sobre uma barra fixa de 5 cm de largura. As crianças são capazes de pular e saltar com precisão em pequenos quadrados. As crianças são capazes de executar polichinelos.
8	Dispõem de poder de preensão de 5,4 kg. Faixa etária com o maior número de jogos nos quais ambos os sexos participam. As crianças podem executar saltos rítmicos alternados em um padrão de 2-2,2-3 ou 3-3. As crianças podem arremessar uma bola pequena a uma distância aproximada de 12 m
9	Os meninos são capazes de correr a uma velocidade de 5 m/s. Os meninos são capazes de arremessar uma bola pequena a uma distância de aproximadamente 21,3 m.
10	As crianças são capazes de avaliar e interceptar a trajetória de pequenas bolas arremessadas a distância. As meninas são capazes de correr a uma velocidade de 5,1 m/s.
11	Salto a distância de 1,5 m é possível para os meninos; 15,2 cm a menos para as meninas

Fonte: Adaptado de Cratty, 1986.

malmente cai para 5% aos 11 anos, aproximadamente o mesmo que na segunda infância (ver Capítulo 7).

O brincar impetuoso pode parecer uma briga, mas geralmente não é. Crianças pouco populares tendem a ser agressivas; crianças populares geralmente brincam de forma impetuosa (Pellegrini, 1998; Pellegrini e Smith, 1998). O brincar impetuoso permite às crianças manobrar para obter domínio no grupo de amigos avaliando sua própria força e a dos outros. As crianças geralmente escolhem outras que tenham condições semelhantes às suas para lutar (Pellegrini e Smith, 1998). Ao redor do mundo, os meninos brincam mais dessa forma do que as meninas, fato geralmente atribuído a um misto de diferenças hormonais e à socialização (Pellegrini, 1998; Pellegrini e Smith, 1998).

Diferenças de Gênero nas Habilidades Motoras

Embora existam poucas diferenças nas habilidades motoras de meninos e meninas de pouca idade, elas se tornam maiores à medida que as crianças aproximam-se da puberdade. Essas diferenças de gênero devem-se em parte ao maior crescimento e à força dos rapazes e à corpulência das moças, mas grande parte disso pode dever-se às diferentes expectativas culturais e experiências, aos diferentes níveis de treinamento e às diferentes taxas de participação.

O tipo de habilidade também faz diferença. Tarefas que exigem movimento extenso ou apoio do peso do corpo, como salto a distância sem impulso, são mais afetados pela gordura corporal (Smoll e Schutz, 1990). Entre 2.309 crianças de 5 a 9 anos, as do sexo masculino se saíram melhor no arremesso de peso, salto à distância sem impulso, corrida de 600 m rasos e corrida de revezamento, bem como na força de preensão. As meninas se saíram melhor no salto lateral, no equilíbrio retrógrado, na flexibilidade e na destreza manual. Entretanto, apenas 10% da variância no desempenho era atribuível ao gênero. Uma vez que essas diferenças de antes da puberdade eram pequenas, elas podem refletir os tipos de atividades de que meninos e meninas gostam ou que são estimulados a praticar (Kromholz, 1997).

A participação em esportes organizados aumentou entre ambos os sexos - um aumento de 50% desde 1981 -, mas os meninos ainda passam duas vezes mais tempo praticando esportes em grupo do que as meninas (Hofferth e Sandberg, 1998). Ainda que os programas de atletismo sejam mais abertos para as meninas do que antes, as oportunidades e os padrões podem não ser as mesmas que para meninos (Butterfield e Loo-vis, 1993), e muitas meninas podem não ter confiança ou motivação para participar (Trost et al., 1996). A disparidade no tempo que meninas e meninos dedicam aos esportes aumenta com o envelhecimento (Hofferth e Sandberg, 1998).

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar a importância do brincar impetuoso?
- ✓ Discutir como as diferenças de gênero nas habilidades motoras relacionam-se com a idade e com as influências de fatores físicos e ambientais?

Saúde e Segurança

O desenvolvimento de vacinas para as principais doenças da infância tornou a terceira infância um período relativamente seguro da vida. Uma vez que as imunizações são necessárias para a admissão nas escolas, as crianças dessa idade tendem a estar protegidas. A taxa de mortalidade nesse período é a mais baixa em todo o ciclo de vida. Contudo, muitas crianças exercitam-se muito pouco para manter a boa forma física; algumas sofrem de problemas de saúde agudos ou crônicos; algumas se ferem em acidentes. A medida que a experiência das crianças com a doença aumenta, também aumenta sua compreensão cognitiva das causas da saúde e da doença e das medidas que as pessoas podem tomar para promover sua própria saúde (ver Quadro 9-1).

Manutenção da Saúde e da Boa Forma

Como o pai de Theodore Roosevelt sabia, o exercício físico é importante porque promove a saúde e a boa forma. A maioria das crianças norte-americanas em idade escolar exercita-se o suficiente para alcançar as metas do país, mas muitas não são tão ativas quanto deveriam - e poderiam. Entre uma amostra de representatividade nacional de crianças dos 8 aos 16 anos entre 1988 e 1994, 80% disseram que brincam ou exercitam-



Indicador

2. Quais são as principais questões de saúde, de forma física e de segurança em torno de crianças em idade escolar?



Quadro 9-1

A Compreensão das Crianças sobre Saúde e sobre Doença

Quando Ângela ficou doente, ela ouviu o médico referir-se a um *edema* (um acúmulo de líquido, o que provoca inflamação) e pensou que seu problema era um "demônio". Ficar doente é assustador em qualquer idade. Para crianças pequenas, as quais não compreendem o que está acontecendo, a experiência pode ser particularmente aflitiva e perturbadora.

Sob uma perspectiva piagetiana, a compreensão das crianças da saúde e da doença está atrelada ao desenvolvimento cognitivo. A medida que amadurecem, suas explicações para a doença mudam. Antes da terceira infância, as crianças são egocêntricas; tendem a acreditar que a doença é magicamente produzida pelas ações humanas, muitas vezes, por suas próprias ações ("Fui um mau menino e, por isso, agora estou me sentindo mal"). Posteriormente explicam todas as doenças - com apenas um pouco menos de magia - como obra de germes infinitamente poderosos; a única "proteção" é uma variedade de comportamentos supersticiosos para afastá-los. "Cuidado com os germes", pode dizer a criança. A medida que se aproximam da adolescência, as crianças percebem que as doenças podem ter múltiplas causas, que o contato com germes não leva automaticamente à doença e que as pessoas podem fazer muitas coisas para manterem-se saudáveis.

A compreensão que as crianças têm da AIDS parece seguir a mesma sequência de desenvolvimento que sua compreensão de resfriados e do câncer, mas elas compreendem a causa dos resfriados mais cedo do que as causas de outras enfermidades, provavelmente porque estão mais familiarizadas com os resfriados. Entrevistas com 361 alunos da educação infantil à 6ª série (Schonfeld, Johnson, Perrin, O'Hare e Cicchetti, 1993) constataram que as crianças, muitas vezes, dão explicações superficialmente corretas, mas carecem de uma verdadeira compreensão dos processos envolvidos. Por exemplo, embora 96 crianças tenham mencionado o uso de drogas como causa da AIDS, a maioria parecia não saber que a doença dissemina-se pelo sangue contido na seringa compartilhada por usuários de drogas. Um estudante de 2ª série deu essa versão de como alguém pega AIDS: "Bom, tomando drogas ou algo assim... procurando um traficante que tem AIDS... Bom, você passa por uma pessoa que é traficante e pode pegar AIDS dela se ficar perto dela" (Schonfeld et al., 1993, p. 393).

Do ponto de vista de uma criança, tal afirmativa pode ser uma extensão lógica da crença de que os germes causam doenças. A criança pode erroneamente pensar que, como nos resfriados,

podemos pegar AIDS compartilhando xícaras e utensílios, ficando perto de alguém que está tossindo ou espirrando, ou por abraços e beijos. Um programa educativo sobre AIDS (Sigelman et al., 1996) objetivou substituir essas "teorias" intuitivas por teorias com base científica e testar a idéia de Piaget de que, se as crianças não dominaram um conceito, ainda não estão preparadas para isso. Os desenvolvedores do programa lançaram a hipótese de que o que falta às crianças é conhecimento sobre a doença, e não capacidade de pensar sobre isso.

Um programa cuidadosamente elaborado foi aplicado a 306 alunos de 3ª, 5ª e 7ª séries - em sua maioria americanos mexicanos de baixa renda - em escolas católicas de Tucson. Profissionais de saúde treinados conduziram duas sessões de 50 minutos com palestras, *clips* em vídeo, desenhos e discussão, utilizando vocabulário apropriado para estudantes de terceira série. O conteúdo incluía uma introdução às doenças contagiosas e às não-contagiosas; informações específicas sobre o vírus da AIDS; um quadro geral do sistema imunológico; o significado das letras na sigla "AIDS"; diferenças entre a transmissão de resfriados e de AIDS; concepções errôneas sobre como o vírus da AIDS é transmitido; fatores de risco para AIDS; como a doença se desenvolve; como ela pode ser prevenida. O currículo enfatizava que existem poucas maneiras de se pegar AIDS e que o contato normal com pessoas infectadas com o vírus não é uma delas. Cartazes resumiam os pontos mais importantes.

Grupos experimentais e grupos-controle foram testados antes do programa começar e duas semanas depois. Os estudantes que haviam recebido instrução sabiam mais sobre AIDS e suas causas do que aqueles que não haviam recebido qualquer instrução, não estavam mais (e nem menos) preocupados com ela do que antes e estavam mais dispostos a estar com pessoas com AIDS. Outro teste quase um ano depois constatou que, em geral, as informações eram mantidas. Alunos de terceira série beneficiavam-se com o programa tanto quanto os de sétima série. Ele foi um pouco menos bem-sucedido com estudantes de quinta série, talvez porque as crianças dessa idade já sabem mais sobre AIDS do que as crianças mais jovens e a consideram menos relevante para suas vidas do que as crianças com mais idade. O sucesso desse programa mostra que, contrário a Piaget, até mesmo crianças relativamente jovens podem compreender conceitos científicos complexos sobre doenças se o ensino for adaptado a seu nível de compreensão.

se vigorosamente - o suficiente para suar ou acelerar a respiração - pelo menos três vezes por semana fora das aulas de educação física. Entretanto, 15% dos meninos e 26% das meninas não satisfaziam esse padrão (Andersen et al., 1998).

Infelizmente, a maioria das atividades físicas, dentro e fora da escola, são esportes e jogos em grupo e competitivos. Essas atividades costumam ser abandonadas depois de deixar a escola e normalmente são direcionadas aos jovens mais capazes e atléticos. Em uma amostra multiétnica de 2.410 alunos de 3ª série de quatro Estados norte-americanos, as crianças mais ativas eram aquelas que eram boas nos esportes e que ha-

viam sido encorajadas a participar. Mais uma vez, os meninos eram mais ativos do que as meninas - resultado que se repetiu em diversos estudos - e as crianças brancas eram mais ativas do que crianças negras ou hispânicas (Simons-Morton et al., 1997).

Um bom programa de educação física para *todas* as crianças deveria enfatizar o domínio de habilidades com base em metas realistas, e não ganhar ou perder. Deveria incluir diversos esportes que podem fazer parte de um regime de boa forma vitalício, como tênis, boliche, atletismo, natação, golfe e patinação (American Academy of Pediatrics [AAP] Committee on Sports Medicine and Committee on School Health, 1989).

Problemas de Saúde

As doenças na terceira infância tendem a ser breves e passageiras. Os **problemas de saúde agudos** - problemas ocasionais de curta duração, como infecções, alergias e verugas - são comuns. Seis ou sete crises por ano com resfriados, gripes ou viroses são típicos nessa idade, pois os germes disseminam-se livremente entre as crianças na escola ou nas brincadeiras (Behrman, 1992). As doenças do trato respiratório superior, dores de garganta, infecções de garganta por estreptococos e infecções de ouvido diminuem com a idade, mas a acne, as dores de cabeça e as perturbações emocionais transitórias aumentam à medida que se aproxima a puberdade (Starfield et al., 1984).

Segundo uma pesquisa nacional com 30.032 famílias, estima-se que 18% das crianças com menos de 18 anos em 1994 sofriam de **problemas de saúde crônicos**: problemas físicos, de desenvolvimento, comportamentais e/ou emocionais que exigem serviços de assistência especiais além dos normalmente necessários. As crianças com necessidades de saúde especiais passam três vezes mais tempo de cama por doença e faltam três vezes mais na escola do que as outras crianças (Newacheck et al., 1998).

A condição socioeconômica e a etnicidade desempenham um papel importante na saúde das crianças (ver Capítulo 7). Crianças pobres (que são desproporcionalmente minoritárias) e aquelas que vivem com pais solteiros tendem mais do que as outras a sofrer de problemas e enfrentar obstáculos à assistência médica (Newacheck et al., 1998). Essas crianças desfavorecidas tendem a ter saúde má ou regular, a serem hospitalizadas e a sofrer de limitações nas atividades por problemas de saúde. Por quê? Os pais com melhor condição socioeconômica tendem a saber mais sobre bons hábitos de saúde e ter mais acesso à assistência médica preventiva; famílias com ambos os pais tendem a ter rendas mais altas e dietas mais saudáveis do que famílias com apenas um dos pais (Collins e LeClere, 1997).

As crianças com problemas crônicos tendem a ser surpreendentemente resistentes. A maioria não apresenta problemas de saúde, de comportamento ou de aprendizagem (AAP Committee on Children with Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1993). Mesmo assim, algumas condições específicas - como problemas visuais e auditivos, asma e AIDS - podem afetar muito a vida cotidiana.

Problemas Visuais e Auditivos

A maioria das crianças na terceira infância têm melhor visão do que quando eram mais jovens. As crianças com menos de 6 anos tendem a ter hipermetropia. Aos 6, a visão é mais nítida; uma vez que os dois olhos têm melhor coordenação, conseguem focalizar melhor.

Contudo, estima-se que quase 13% das crianças com menos de 18 anos de idade são cegas ou têm problemas de visão, como Theodore Roosevelt. Problemas de visão são relatados com mais frequência para crianças brancas e latinas do que para afro-americanos (Newacheck, Stoddard e McManus, 1993). Cerca de 15% de crianças de 6 a 19 anos, predominantemente do sexo masculino, possuem algum grau de perda auditiva. As atuais diretrizes de triagem podem deixar passar crianças com enfraquecimentos de frequência muito alta. Isso pode ser preocupante, pois até mesmo perdas auditivas brandas podem afetar a comunicação, o comportamento e as relações sociais (Niskar et al., 1998).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar a importância de manter a boa forma física e dar algumas recomendações para isso?

problemas de saúde agudos
Doenças ocasionais que duram pouco tempo.

problemas de saúde crônicos
Transtornos físicos, do desenvolvimento, comportamentais e/ou transtornos emocionais que exigem serviços de saúde especiais.



Resfriados, gripes e viroses são comuns na terceira infância. As doenças nesta idade tendem a ser breves e transitórias.

Pense sobre isso ...

• Quais das seguintes medidas você acha que seriam mais úteis para crianças pobres com asma? Como essas sugestões poderiam ser implantadas e financiadas? Que outras soluções poderiam funcionar?

1. Plantões à noite e nos fins de semana nos centros de saúde comunitários.
2. Educação para detectar sintomas e evitar os fatores de desencadeamento das crises (como fumo e substâncias causadoras de alergias).
3. Aulas sobre como lidar com a doença.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Distinguir problemas de saúde agudos e crônicos e discutir como os problemas crônicos podem afetar a vida cotidiana?

Asma

A asma, doença respiratória crônica da qual Roosevelt também sofria, parece ter base alérgica. Caracteriza-se por súbitas crises de tosse, chiado e dificuldade para respirar, podendo ser fatal. Atualmente a asma é a doença crônica mais prevalente na infância, afetando 5,6 milhões de crianças com menos de 18 anos, um aumento de 80% desde 1984. As taxas de mortalidade triplicaram durante o mesmo período, a despeito dos avanços em seu diagnóstico e tratamento. A causa da explosão de asma é desconhecida, mas alguns especialistas mencionam as casas com melhor isolamento que permitem menor circulação do ar e exposição precoce a toxinas e alérgenos ambientais (Nugent, 1999; Stapleton, 1998).

As crianças pobres e pertencentes a minorias são as mais afetadas (Stapleton, 1998), talvez por acesso insuficiente à assistência médica. Crianças pobres com asma faltam mais às aulas, precisam limitar mais suas atividades e passam mais dias de cama ou no hospital do que crianças de famílias mais abastadas (Halfon e Newacheck, 1993).

HIV e AIDS

As crianças infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) têm alto risco de desenvolver AIDS (síndrome da imunodeficiência humana). Noventa por cento dessas crianças contraem o vírus da AIDS das mães, quase todas elas no útero (AAP Committee on Pediatric AIDS e Committee on Infectious Diseases, 1999; ver o Capítulo 3).

Além dos efeitos físicos devastadores dessa doença geralmente fatal, toda a família da criança pode ser estigmatizada, e a criança pode ser evitada ou mantida longe da escola ainda que praticamente não haja risco de ela infectar os colegas (ver Quadro 9-1). As crianças portadoras do HIV não precisam ser isoladas, seja por sua própria saúde, seja pela das outras crianças. Elas devem ser encorajadas a participar de todas as atividades escolares à medida que forem capazes (AAP Committee on Infectious Diseases, 1999).

Crianças com AIDS podem desenvolver disfunções no sistema nervoso central que podem prejudicar sua capacidade de aprender e causar problemas de comportamento (AAP Task Force on Pediatric AIDS, 1991). Em um estudo em um centro diagnóstico e terapêutico de desenvolvimento, a maioria das crianças de 5 a 14 anos de uma amostra diagnosticadas com infecção por HIV apresentava problemas cognitivos, linguísticos ou emocionais, ainda que estivessem vivendo mais e saindo-se melhor do que o previsto (Papola, Alvarez e Cohen, 1994).



Capacetes de segurança comprovada protegem as crianças de todas as idades de acidentes incapacitantes ou de traumatismos cranianos fatais.

Ferimentos por Acidente

Os ferimentos aumentam entre os 5 e 14 anos, à medida que as crianças envolvem-se em mais atividades físicas e são menos supervisionadas. Como na segunda infância, os ferimentos acidentais são a principal causa de morte (National Center for Health Statistics [NCHS], 1998a).

As crianças podem machucar-se por superestimarem suas capacidades físicas. Em um estudo, crianças de 6 anos cuja estimativa de suas capacidades era a mais imprecisa eram as mais propensas a sofrer acidentes (Plumert, 1995).

Os pais tendem a superestimar a capacidade de proteção das crianças. Muitos alunos de pré-escola e de primeira série vão sozinhos para a escola, muitas vezes, atravessando ruas movimentadas sem semáforos, ainda que não saibam fazer isso com segurança. Muitos desses acidentes poderiam ser prevenidos com a provisão de transporte específico para os alunos ou com mais guardas de trânsito (Dunne, Asher e Rivara, 1992; Rivara, Bergman e Drake, 1989).

A cada ano, cerca de 140 mil traumatismos cranianos e 400 mortes de crianças e adolescentes, assim como cerca de 450 mil atendimentos em salas de emergência para tratamento de ferimentos não-fatais são atribuídos a acidentes de bicicleta (Sosin, Sacks e Webb, 1996). Os perigos de andar de bicicleta podem ser muito reduzidos pelo uso de capacetes de proteção comprovada

(Thompson, Rivara e Thompson, 1996). Equipamentos de proteção para a cabeça também são essenciais para o futebol americano, a patinação, o *skate*, o hipismo, o hóquei, o trenó de velocidade e o tobogã (Weiss, 1992).

Em 1996, aproximadamente 83.400 dos acidentes relacionados com camas elásticas foram tratados nas salas de emergência dos hospitais norte-americanos - um aumento de 140% desde 1990 - e mais de dois terços das vítimas tinham entre 5 e 14 anos (AAP Committee on Injury and Poison Prevention and Committee on Sports Medicine and Fitness, 1999). Devido à necessidade de medidas de segurança mais rigorosas e de supervisão constante, o Committee on Injury and Poison Prevention (AAP, 1999) recomenda que os pais jamais comprem camas elásticas e que as crianças não as utilizem nos pátios ou na escola.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar fatores que aumentam os riscos de acidentes?

Desenvolvimento Cognitivo

Abordagem Piagetiana: A Criança Operacional Concreta

Aproximadamente aos 7 anos, segundo Piaget, as crianças entram no estágio de **operações concretas**, quando podem utilizar operações mentais para resolver problemas concretos (reais). As crianças são então capazes de pensar com lógica porque podem levar múltiplos aspectos de uma situação em consideração. Entretanto, as crianças ainda são limitadas a pensar em situações reais no aqui e agora.

Avanços Cognitivos

No estágios de operações concretas, as crianças podem realizar muitas tarefas em um nível muito mais elevado do que podiam no estágio pré-operacional (ver Tabela 9-2). Elas possuem uma melhor compreensão dos conceitos espaciais, de causalidade, de categorização, de conservação e de número.

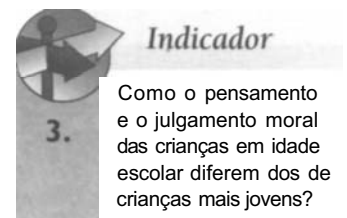
Espaço

Por que podemos confiar que crianças de 6 ou 7 anos sabem ir e voltar da escola sozinhas, enquanto a maioria das crianças de menos idade não o fazem? Um dos motivos é que as crianças no estágio de operações concretas sabem compreender melhor as relações espaciais. Elas possuem uma idéia mais clara da distância entre um lugar e outro e de quanto tempo leva-se para chegar lá; têm mais facilidade para se lembrar do trajeto e de seus pontos de referência. A experiência desempenha um papel nesse desenvolvimento. Assim como um bebê que começa a engatinhar adquire um melhor entendimento do ambiente espacial imediato, explorando-o de diversas posições e de diferentes pontos de vista, uma criança que frequenta a escola familiariza-se com o bairro fora de casa.

Tanto a capacidade de utilizar mapas e modelos como a capacidade de comunicar informações espaciais aperfeiçoam-se com a idade (Gauvain, 1993). Embora crianças de 6 anos possam procurar e encontrar objetos escondidos, geralmente não dão instruções organizadas para encontrar os mesmos objetos - talvez por não possuírem o vocabulário adequado ou não entenderem que informações a outra pessoa necessita (Plumert, Pick, Marks, Kintsch e Wegesin, 1994). Em um estudo (Gauvain e Rogoff, 1989), crianças de 9 anos eram mais capazes do que crianças de 6 anos de fazer "passeios mentais" em uma casa de diversões. As crianças de 9 anos descreveram a distribuição dos elementos na casa, bem como o trajeto a ser percorrido; as crianças menores, por sua vez, apenas listaram lugares sem qualquer ordem específica.

Causalidade

Os julgamentos sobre causa e efeito aperfeiçoam-se durante a terceira infância. Quando crianças de 5 a 12 anos foram solicitadas a prever como os pratos de balanças e alavancas se comportariam sob diversas condições, as crianças com mais idade produzi-



operações concretas

Terceiro estágio de desenvolvimento cognitivo piagetiano (aproximadamente dos 7 aos 12 anos), durante o qual as crianças desenvolvem o pensamento lógico, mas não o abstrato.

Tabela 9-2 Avanços em Habilidades Cognitivas Seleccionadas Durante a Terceira Infância

Habilidade	Exemplo
<i>Pensamento espacial</i>	Danielle é capaz de utilizar um mapa ou modelo como auxílio na busca por um objeto escondido e sabe dar instruções para que outra pessoa encontre o objeto. Ela sabe ir e voltar da escola, calcular distâncias e julgar quanto tempo levará para ir de um lugar para outro.
<i>Causa e efeito</i>	Douglas sabe quais atributos físicos dos objetos em cada lado de uma balança afetarão o resultado (ou seja, o número de objetos importa, mas não a cor). Ele ainda não sabe que fatores espaciais, tais como posição e colocação dos objetos, fazem diferença.
<i>Classificação</i>	Elena sabe classificar os objetos em categorias, como forma, cor ou ambos. Ela sabe que uma subclasse (rosas) tem menos integrantes do que a classe-à qual ela pertence (flores).
<i>Seriação e inferência transitiva</i>	Catherine sabe pôr um grupo de varetas em ordem, da mais curta para a mais comprida, sabendo inserir uma vareta de tamanho intermediário no lugar correto. Ela sabe que se uma vareta é mais comprida do que uma segunda, e a segunda é mais comprida do que uma terceira, então a primeira vareta é mais comprida do que a terceira.
<i>Raciocínio indutivo e dedutivo</i>	Dara sabe resolver problemas indutivos e dedutivos e sabe que conclusões indutivas (baseadas em determinadas premissas) são mais incertas do que conclusões dedutivas (baseadas em premissas gerais).
<i>Conservação</i>	Stacy, aos 7 anos, sabe que se dermos o formato de uma salsicha a uma bola de argila ela continuará contendo a mesma quantidade de argila (conservação de substância). Aos 9 anos, ela sabe que a bola e a salsicha pesam o mesmo. Mas somente no início da adolescência ela compreenderá que elas deslocam a mesma quantidade de líquido se mergulhadas em um recipiente com água.
*	
<i>Número e matemática</i>	Kevin sabe contar de cabeça, sabe somar contando a partir do número menor e sabe criar problemas em forma narrativa.

ram mais respostas corretas do que as mais jovens. As crianças compreendiam a influência dos atributos físicos (o número de objetos em cada lado de uma balança) mais cedo do que reconheciam a influência de fatores espaciais (a distância dos objetos ao centro da balança). A consciência de quais variáveis *realmente têm* efeito parece não ter relação com a consciência de quais *não têm* (por exemplo, a cor dos objetos). Ao que parece, esses dois processos mentais desenvolvem-se separadamente à medida que a experiência ajuda as crianças a revisar suas teorias intuitivas sobre como as coisas funcionam (Amsel, Goodman, Savoie e Clark, 1996).

Categorização

A categorização agora inclui habilidades sofisticadas como *seriação*, *inferência transitiva* e *inclusão de classe*. As crianças demonstram que compreendem seriação quando sabem dispor os objetos em uma série de acordo com uma ou mais dimensões, como peso (do mais leve ao mais pesado) ou cor (do mais claro ao mais escuro). Piaget (1952) testou essa habilidade pedindo às crianças que dispusessem varetas em ordem de comprimento. Aos 4 ou 5 anos, as crianças sabem selecionar as varetas mais curtas e mais compridas. Aos 5 ou 6, sabem organizar o resto das varetas por tentativa e erro. Finalmente, aos 7 ou 8 anos, sabem compreender as relações entre as varetas pela visão, selecionando a mais curta, depois a segunda mais curta, e assim por diante, até a mais comprida.

Inferência transitiva é a capacidade de reconhecer uma relação entre dois objetos, conhecendo-se a relação entre cada um deles e um terceiro. Apresentam-se três varetas à Catherine, cada uma de uma cor: amarela, verde e azul. Demonstra-se que a vareta amarela é mais comprida do que a verde e que a verde é mais comprida do que a azul. Sem comparar fisicamente as varetas amarela e azul, ela sabe que a amarela é mais comprida do que a azul. Sua resposta baseia-se em como o comprimento de cada uma dessas varetas é comparado com o comprimento da vareta verde (Chapman e Lindemberger, 1988; Piaget e Inhelder, 1967).

seriação
Capacidade de ordenar itens segundo uma dimensão.

inferência transitiva
Compreensão da relação entre dois objetos, conhecendo-se a relação de cada um deles com um terceiro objeto.

Inclusão de classe é a capacidade de identificar a relação entre o todo e suas partes. Se apresentarmos a crianças pré-operacionais um ramalhete de 10 flores - 7 rosas e 3 cravos - e perguntarmos se existem mais rosas ou mais flores, elas provavelmente dirão que existem mais rosas, pois estão comparando as rosas com os cravos em vez de com o ramalhete inteiro. Somente no estágio de operações concretas as crianças se apercebem de que as rosas são uma subclasse de flores e que, portanto, não podem existir mais rosas do que flores (Flavell, 1963).

A capacidade de categorizar ajuda as crianças a pensar logicamente. Segundo Piaget, no estágio de operações concretas, as crianças utilizam **raciocínio indutivo**. A partir de observações sobre determinados membros de uma classe de pessoas, animais, objetos ou eventos, elas podem tirar conclusões gerais sobre a classe como um todo. ("Meu cão late. O cão de Terry e o de Melissa também; portanto, parece que todos os cães latem.") O **raciocínio dedutivo**, que, segundo Piaget, não se desenvolve até a adolescência/é essencial à lógica formal. O raciocínio dedutivo parte de uma afirmação geral (premissa) sobre uma classe e aplica-a aos integrantes isolados daquela classe. Se a premissa é verdadeira para toda a classe, e o raciocínio é correto, a conclusão deve ser verdadeira: "Todos os cães latem. Spot é um cão. Spot late". Conclusões indutivas são mais incertas do que conclusões dedutivas, porque é sempre possível encontrar novas informações que não apóiam a conclusão.

Pesquisadores propuseram 16 problemas indutivos e dedutivos a 16 alunos de pré-escola, 16 alunos de 2ª série, a 16 de 4ª série e a 17 de 6ª série. Os problemas foram formulados de modo a *não* evocar conhecimento do mundo real. Por exemplo, um problema dedutivo era: "Todos os pogopes usam botas azuis. Tombor é um pogope. Tombor usa botas azuis?". O problema indutivo correspondente era: Tombor é um pogope. "Tombor usa botas azuis. Todos os pogopes usam botas azuis?". Contrariando a teoria Piagetiana, os alunos de 2ª série (mas não os de pré-escola) eram capazes de responder corretamente a ambos os tipos de problema, entender a diferença entre eles e explicar suas respostas, e eles (apropriadamente) expressaram mais confiança em suas respostas dedutivas do que em suas respostas indutivas (Galotti, Komatsu e Voelz, 1997).

Conservação

Ao resolver diversos tipos de problemas de conservação, as crianças no estágio de operações concretas podem encontrar as respostas mentalmente; elas não têm que medir ou pesar os objetos.



Uma bola de argila desloca mais água do que a outra? Uma criança que compreende a conservação de volume sabe que a resposta não depende do formato da bola.

inclusão de classe

Compreensão da relação entre o todo e suas partes.

raciocínio indutivo

Tipo de raciocínio lógico que parte de determinadas observações sobre membros de uma classe para uma conclusão geral sobre essa classe.

raciocínio dedutivo

Tipo de raciocínio lógico que parte de uma premissa geral sobre uma classe para uma conclusão sobre um determinado membro ou membros da classe.

Pense sobre isso...

- Como pais e professores podem ajudar as crianças a aperfeiçoar sua capacidade de raciocínio?

Se dermos um formato diferente a uma de duas bolas de argila idênticas, transformando-a, digamos, em uma "salsicha" comprida e fina, Felipe, que está no estágio de operações concretas, dirá que a bola e a salsicha ainda possuem a mesma quantidade de argila. Stacy, que está no estágio pré-operacional, é enganada pelas aparências. Ela diz que a salsicha comprida e fina possui mais argila porque parece mais comprida.

Felipe, diferentemente de Stacy, compreende o princípio de *identidade*: ele sabe que a argila ainda é a mesma argila mesmo que tenha um formato diferente. Ele também compreende o princípio da *reversibilidade*: ele sabe que pode restituir a salsicha à forma de uma bola. E ele sabe *descentrar*: é capaz de levar em conta tanto o comprimento como a largura. Ele reconhece que, embora a bola seja mais curta que a "salsicha", ela também é mais grossa. Stacy pensa em uma dimensão (comprimento) e exclui a outra (grosseza).

Tipicamente, as crianças sabem resolver problemas que envolvem conservação de substância, como esse, em torno dos 7 ou 8 anos. Entretanto, em tarefas que envolvem conservação de peso - em que se pergunta, por exemplo, se a bola e a "salsicha" pesam o mesmo - as crianças normalmente não dão a resposta correta até aproximadamente os 9 ou 10 anos. Em tarefas que envolvem conservação de volume - em que as crianças devem julgar se a "salsicha" e a bola deslocam uma quantidade igual de líquido quando colocadas em um copo d'água - respostas corretas são raras antes dos 12 anos.

O termo utilizado por Piaget para essa inconsistência no desenvolvimento de diferentes tipos de conservação é **decalagem horizontal**. O pensamento das crianças nesse estágio é tão concreto, tão intimamente ligado a uma determinada situação, que não conseguem transferir o que aprenderam sobre um tipo de conservação para outro tipo, ainda que os princípios sejam os mesmos.

decalagem horizontal

Na terminologia de Piaget, é a incapacidade de uma criança de transferir o aprendizado sobre um tipo de conservação para outros tipos, em função da qual a criança domina os diferentes tipos de tarefas de conservação em idades distintas.

Número e Matemática

As crianças intuitivamente criam estratégias para somar, contando nos dedos ou utilizando outros objetos. Aos 6 ou 7, muitas crianças sabem fazer contas mentalmente. Elas também aprendem a *contar adiante*: para somar cinco e três, elas começam no cinco e então contam seis, sete e oito para acrescentar o três. Elas também sabem inverter os números, começando pelo três e acrescentando cinco a ele. Pode levar mais dois ou três anos para que elas realizem uma operação comparável de subtração, mas aos 9 anos a maioria das crianças sabe contar partindo do número menor para cima ou do número maior para baixo para obter a resposta (Resnick, 1989).

As crianças também se tornam mais aptas para resolver problemas em histórias, tais como: "Pedro foi ao mercado com cinco dólares e gastou dois dólares em doces. Quanto dinheiro lhe sobrou?". Quando a quantia inicial é desconhecida ("Pedro foi ao mercado, gastou dois dólares e ficou com três dólares. Quanto dinheiro ele tinha no início?"), o problema é mais difícil, porque a operação aritmética necessária para resolvê-lo não está tão claramente indicada. Poucas crianças conseguem resolver esse tipo de problema antes dos 8 ou 9 anos (Resnick, 1989).

A pesquisa com pessoas de nível de instrução mínimo em países em desenvolvimento sugerem que a capacidade de somar desenvolve-se quase que universalmente e muitas vezes intuitivamente, através da experiência concreta em um contexto cultural (Guberman, 1996; Resnick, 1989). Em um estudo com vendedores de rua brasileiros de 9 a 15 anos, uma pesquisadora agindo como cliente diz: "Vou levar dois cocos.". Cada coco custa 40 cruzeiros* ela paga com uma nota de 500 cruzeiros e pergunta, "Quanto eu recebo de troco?" A criança conta a partir de: "80, 90, 100..." para chegar a resposta correta, 420 cruzeiros. Entretanto, quando essa mesma criança tem que resolver um problema semelhante na escola ("Quanto é 420 mais 80?"), ela chega à resposta errada utilizando incorretamente uma série de passos aprendidos na escola (Carraher, Schliemann e Carraher, 1988).

Alguma compreensão intuitiva de frações parece existir aos 4 anos (Mix, Levine e Huttenlocher, 1999), a qual as crianças demonstram quando distribuem cartas de baralho ou porções de pizza (Frydman e Bryant, 1988; Sophian, Garyantes e Chang, 1997). Entretanto, calcular com frações é difícil porque elas não podem ser contadas (Gelman e Meck, 1992). As crianças tendem a não pensar sobre a quantidade que uma fração representa; ao contrário disso, concentram-se nos números que a compõe. Assim, elas podem dizer que $\frac{1}{2}$ mais $\frac{1}{3}$ é igual a $\frac{2}{5}$. Inicialmente também é difícil para muitas crianças compreender que $\frac{1}{2}$ é maior do que $\frac{1}{4}$ - que a fração menor ($\frac{1}{4}$) tem o maior denominador (Siegler, 1998; Sophian e Wood, 1997).

* N. de T.: Moeda vigente no Brasil na época em que a pesquisa foi feita (1988).

Influências do Desenvolvimento Neurológico e da Cultura

Estudos interculturais apóiam uma progressão do pensamento rígido e ilógico de crianças mais jovens para o pensamento flexível e lógico de crianças com mais idade (Broude, 1995; Gardiner, Mutter e Kosmitzki, 1998). Piaget dizia que essa mudança depende da maturação neurológica e da adaptação ao ambiente e que não está atrelada à experiência cultural.

O apoio à base neurológica da conservação de volume vem de medições no couro cabeludo da atividade cerebral durante uma tarefa de conservação. As crianças que já haviam compreendido a conservação de volume demonstraram padrões de onda cerebral diferentes das que ainda não o haviam compreendido, sugerindo que estavam utilizando diferentes regiões cerebrais para a tarefa (Stauder, Molenaar e Van der Molen, 1993). Contrariamente à Piaget, alguns tipos de treinamento parecem afetar a eficiência do cérebro. Em um estudo, aulas de piano e de resolução de problemas matemáticos no computador aumentaram o desempenho de crianças de segunda série em testes de frações e proporções. O treinamento musical e computacional pode ter ampliado o "circuito" cerebral de raciocínio espaço-temporal (a capacidade de mentalmente manipular objetos no espaço e no tempo). O treinamento também pareceu aperfeiçoar a capacidade de pensar adiante durante as etapas de um problema (Graziano, Peterson e Shaw, 1999).

Embora as características do pensamento operacional concreto e a seqüência de progressão nas habilidades cognitivas pareça universal, o *ritmo* de desenvolvimento em alguns domínios pode depender de fatores culturais (Dasen, 1994). Em diversos estudos, crianças de culturas não-ocidentais levaram até sete anos mais do que as crianças ocidentais para compreender a conservação e outros avanços do estágio de operações concretas (Broude, 1995; Gardiner et al., 1998). Contudo, a maioria desses estudos têm problemas metodológicos. Quando 48 crianças indígenas Micmac de 10 e 11 anos que viviam na Ilha do Cabo Bretão, Canadá, foram testadas em inglês por examinadores europeus quanto à conservação de substância, de peso e de volume, elas ficaram atrás de um grupo de comparação de crianças brancas canadenses falantes do inglês. Entretanto, quando entrevistadas por examinadores de sua própria cultura, que falavam sua língua nativa, as crianças indígenas se saíram tão bem quanto o grupo falante de inglês (Nyiti, 1982). É possível, portanto, que as descobertas de diferenças culturais na aquisição de conservação reflitam os métodos dos pesquisadores, e não a capacidade das crianças (Gardiner et al., 1998).

Capacidades como a conservação podem depender em parte da familiaridade com os materiais que estão sendo manipulados. As crianças podem pensar com mais lógica sobre coisas que conhecem um pouco. Crianças mexicanas que fazem cerâmica compreendem que uma bola de argila ainda é feita de argila quando sua forma é alterada mais cedo do que compreendem outros tipos de conservação (Broude, 1995); essas crianças apresentam sinais de conservação de substância mais cedo do que crianças que não fazem cerâmica (Price-Williams, Gordon e Ramirez, 1969). Assim, a compreensão de conservação pode provir não apenas de novos padrões de organização mental, mas também da experiência culturalmente definida com o mundo físico.

Julgamento Moral

Para conhecer o pensamento moral das crianças, Piaget (1932) lhes contava uma história sobre dois meninos: "Certa vez Augusto percebeu que o tinteiro de seu pai estava vazio e decidiu enchê-lo para ajudar o pai. Mas, ao abrir o frasco, acabou derramando uma grande quantidade de tinta sobre a toalha da mesa. O outro menino, Juliano, brincou com o tinteiro e fez uma pequena mancha na toalha. Piaget, então, perguntava: "Qual dos garotos é mais traveso e por quê?".

As crianças com menos de 7 anos geralmente consideravam Augusto mais traveso, pois foi ele que produziu a mancha maior. Crianças com mais idade reconheciam que Augusto tinha boas intenções e que havia feito a mancha maior por acidente, ao passo que Juliano fez a mancha menor enquanto fazia algo que não deveria estar fazendo. Julgamentos morais imaturos, concluiu Piaget, concentram-se apenas na magnitude da infração; julgamentos mais maduros levam em conta a intenção.

Segundo Piaget, o desenvolvimento moral está ligado ao desenvolvimento cognitivo. Piaget dizia que as crianças fazem julgamentos morais mais consistentes

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

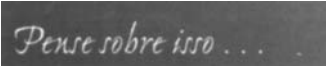
- ✓ Identificar as habilidades cognitivas que aparecem ou fortalecem-se durante a terceira infância?
- ✓ Citar três princípios que ajudam crianças em idade escolar a compreender conservação e explicar por que as crianças dominam diferentes tipos de conservação em idades distintas?
- ✓ Pesquisar as evidências para as influências do desenvolvimento neurológico e da experiência cultural em tarefas piagetianas?

moralidade de restrição

Primeiro dos dois estágios de desenvolvimento moral de Piaget, caracterizado por julgamentos rígidos e egocêntricos.

moralidade de cooperação

Segundo dos dois estágios de desenvolvimento moral de Piaget, caracterizado por julgamentos flexíveis e sutis e por elaboração de um código moral próprio.



- você concorda com a visão de Piaget de que a intenção é um fator importante na moralidade? De que forma o sistema de justiça criminal reflete essa visão?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever os dois estágio de desenvolvimento moral, segundo Piaget, e explicar sua ligação com a maturação cognitiva?

quando podem considerar as coisas de mais de um ponto de vista. Ele sugeriu que o julgamento moral desenvolve-se em dois estágios (resumidos na Tabela 9-3). As crianças podem passar por esses estágios morais em idades variáveis, mas a seqüência é a mesma.

No primeiro estágio, **moralidade de restrição** (até aproximadamente os 7 anos, correspondendo ao estágio pré-operacional), a criança pensa de maneira rígida sobre os conceitos morais. Nesse estágio, as crianças são bastante egocêntricas; não conseguem imaginar mais do que uma maneira de considerar uma questão moral. Acreditam que as regras não podem ser afrouxadas ou alteradas, que o comportamento é certo ou errado e que qualquer infração (como a de Augusto) merece punição, independentemente da intenção (a menos que elas mesmas sejam as infratoras!).

O segundo estágio, **moralidade de cooperação** (acima dos 7 anos, correspondendo aos estágios de operações concretas e de operações formais), caracteriza-se pela flexibilidade. À medida que amadurecem, as crianças interagem com mais pessoas e têm contato com uma gama cada vez mais ampla de pontos de vista. Elas descartam a idéia de que existe um padrão único, absoluto e imutável de certo e errado e começam a elaborar seu próprio código moral. Por serem capazes de considerar mais do que um aspecto de uma situação, podem fazer julgamentos morais mais sutis, como levar em consideração a intenção por trás do comportamento de Augusto e de Juliano.

A crescente popularidade dos jogos com regras na terceira infância está relacionada com o desenvolvimento do julgamento moral, segundo Piaget (1932). Somente depois de ingressarem no estágio de moralidade de cooperação (que geralmente se inicia aos 7 ou 8 anos), observou Piaget, as crianças identificam a necessidade de haver um acordo mútuo sobre as regras e sobre as conseqüências de infringi-las. A partir dos 11 ou 12 anos, as crianças codificam seu próprio conjunto complexo de regras a serem aplicadas em todas as circunstâncias. Quando surgem discordâncias, os participantes descobrem formas de resolvê-las. As regras não são mais externamente impostas, e sim resultado de auto-regulação mútua (DeVries, 1998).

A influente teoria de julgamento moral de Lawrence Kohlberg, baseada na teoria de Piaget, é discutida no Capítulo 11.

Tabela 9-3 Os Dois Estágios de Desenvolvimento Moral, segundo Piaget

	Estágio 1: Moralidade de Restrição	Estágio II: Moralidade de Cooperação
Ponto de Vista	As crianças não são capazes de se colocar no lugar dos outros. Elas vêem um ato como totalmente certo ou totalmente errado e pensam que todo mundo o vê da mesma maneira.	As crianças colocam-se no lugar dos outros. Elas não são absolutistas nos julgamentos, percebendo que mais de um ponto de vista é possível.
Intenção	A criança julga os atos em termos de suas conseqüências físicas reais, e não pela motivação por trás deles.	A criança julga os atos pelas intenções, não pelas conseqüências.
Regras	A criança obedece às regras porque elas são sagradas e inalteráveis.	A criança reconhece que as regras são feitas pelas pessoas e podem ser alteradas por elas. As crianças consideram-se tão capazes de mudar as regras quanto qualquer outra pessoa.
Respeito pela autoridade	Respeito unilateral leva a sentimento de obrigação para conformar-se a padrões adultos e para obedecer às regras dos adultos.	Respeito mútuo pela autoridade e pelos companheiros permite que as crianças valorizem suas próprias opiniões e habilidades e julguem os outros de maneira realista.
Punição	A criança é a favor da punição severa. Ela acha que a própria punição define o caráter errôneo de uma ação; uma ação é errada se provoca punição.	A criança é a favor de punição mais branda que compense a vítima e que ajude o culpado a reconhecer por que uma determinada ação é errada, assim levando à mudança.
Conceito de justiça	A criança confunde lei moral com lei física e acredita que qualquer acidente físico ou infortúnio que ocorra após um má ação é uma punição desejada por Deus ou alguma outra força sobrenatural.	A criança não confunde infortúnio natural e punição.

Fonte: Adaptado em parte de M. L. Hoffman. 1970b; Kohlberg, em M. L. Hoffman e Hoffman, 1964.

Outras Abordagens do Desenvolvimento Cognitivo

Diferentemente de Piaget, que descreveu grandes mudanças no modo como as mentes das crianças em idade escolar funcionam, os pesquisadores do processamento de informações concentram-se em aperfeiçoamentos na *eficiência* de operações mentais: com quanta informação as crianças conseguem lidar em determinado momento e com que rapidez e precisão elas podem processá-la. Um processamento mais eficiente facilita o aprendizado e a memorização das crianças. As diferenças na eficiência do processamento podem ajudar a explicar os resultados obtidos em testes de inteligência, que agora prognosticam o desempenho escolar de maneira mais confiável.

Abordagem do Processamento de Informações: Memória e Outras Habilidades de Processamento

A medida que passam pela terceira infância, as crianças fazem progressos constantes em suas habilidades de processar e de reter informações. Compreendem mais sobre como a memória funciona, e esse conhecimento permite a elas utilizar estratégias ou planos deliberados para ajudá-las a lembrar. Além disso, à medida que seu conhecimento se expande, tornam-se mais conscientes dos tipos de informações aos quais é importante atentar e os quais devem guardar na memória.

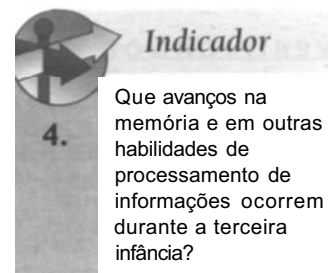
Processos e Capacidades Básicas

Os teóricos do processamento de informações pensam na memória como um sistema de arquivamento em três etapas ou processos: *codificação*, *armazenamento* e *recuperação*. **Codificação** é como colocar as informações em uma pasta a ser arquivada na memória; ela anexa um "código" ou "rótulo" à informação para prepará-la para armazenamento, para que seja mais fácil encontrá-la quando necessário. Os eventos são codificados junto com informações sobre o contexto em que foram encontrados. Crianças entre os 5 e 7 anos tornam-se cada vez mais capazes de recordar detalhes como quando e onde um evento ocorreu (Janowsky e Carper, 1996). O **armazenamento** consiste em guardar a pasta no armário de arquivos. A última etapa, a **recuperação**, ocorre quando a informação é necessária; a criança, então, procura pela pasta e a retira. A recuperação pode envolver reconhecimento ou recordação. Dificuldades em qualquer um desses processos podem prejudicar a eficiência.

Os modelos de processamento de informações representam a mente como possuidora de três "depósitos": *memória sensorial*, *memória de trabalho* e *memória de longo prazo*. A **memória sensorial** é o ponto de entrada inicial do sistema, um "tanque de armazenamento" para as informações sensoriais que chegam. Sem processamento (codificação), as informações sensoriais desaparecem rapidamente. A memória sensorial apresenta pouca mudança com a idade; a capacidade de recordação imediata de uma criança de 5 anos é aproximadamente idêntica a de um adulto (Siegler, 1998).

As informações que estão sendo codificadas ou recuperadas são mantidas na **memória de trabalho**, um "depósito" de curto prazo para as informações sobre as quais uma pessoa está ativamente trabalhando (tentando compreender ou recordar). Os pesquisadores podem avaliar a capacidade da memória de trabalho pedindo às crianças que recordem seqüências de números falados em ordem inversa (por exemplo, 2-8-3-7-5-1 quando ouvirem 1-5-7-3-8-2). A capacidade da memória de trabalho aumenta rapidamente na terceira infância (Cowan, Nugent, Elliott, Ponomarev e Sauls, 1999). Aos 5 ou 6 anos, as crianças costumam lembrar apenas dois dígitos; um adolescente típico lembra-se de seis.

Segundo um modelo amplamente utilizado, um **executivo central** controla o processamento de informações na memória de trabalho (Baddeley, 1981, 1986). O executivo central ordena as informações codificadas para transferência para a **memória de longo prazo**, um "depósito" de capacidade praticamente ilimitada que guarda informações por longos períodos de tempo. O executivo central também recupera informações da memória de longo prazo para processamento na memória de operação. O executivo central pode temporariamente expandir a capacidade da memória de trabalho, passando as informações para dois sistemas subsidiários separados. Um deles mantém



codificação

Processo pelo qual a informação é preparada para armazenamento a longo prazo e para posterior recuperação.

armazenamento

Retenção de lembranças para futura utilização.

recuperação

Processo pelo qual as informações são acessadas ou recordadas a partir da memória de armazenamento.

memória sensorial

Armazenamento inicial, breve e temporário de informações sensoriais.

memória de trabalho

Armazenamento temporário das informações que estão sendo continuamente processadas.

executivo central

No modelo de Baddeley, elemento da memória de trabalho que controla o processamento de informações.

memória de longo prazo

Armazenamento de capacidade praticamente ilimitada que guarda informações por períodos muito longos.

as informações verbais, e o outro, imagens visuais e espaciais, "em espera", enquanto o executivo central está ocupado com outras tarefas.

O executivo central parece amadurecer em algum momento entre os 8 e 10 anos. Crianças de 10 anos tendem menos do que crianças mais jovens a ficarem confusas quando recebem uma tarefa visual (identificar as cores de números que aparecem rapidamente em uma tela de computador) enquanto tentam executar uma tarefa verbal (guardar os números na memória). Isso sugere que os componentes visuais e verbais da memória de operação tornaram-se independentes um do outro (Hale, Bronik e Fry, 1997). De modo análogo, quando crianças foram solicitadas a recordar listas de números que ouviram enquanto prestavam atenção a um jogo de computador em que tinham que fazer correspondência entre figuras e nomes rimados, crianças de primeira série recordavam-se de menos números do que adultos nas mesmas condições, mas crianças de quarta série recordavam-se de tantos números quanto os adultos (Cowan et al., 1999).

Durante a terceira infância, o tempo de reação melhora, e a velocidade de processamento para tarefas, como fazer correspondência de figuras, somar números mentalmente e recordar informação espacial aumenta com rapidez à medida que as sinapses (ou conexões neurais no cérebro) desnecessárias são removidas (Hale et al., 1997; Janowsky e Carper, 1996; Kail, 1991, 1997; Kail e Park, 1994). O processamento mais rápido e mais eficiente aumenta a quantidade de informações que uma criança pode manter na memória de operação, possibilitando melhor recordação e pensamento mais complexo e de nível superior (Flavell, Miller e Miller, 1993).

Metamemória: Compreendendo a Memória

A **metamemória**, o conhecimento sobre nossa própria memória, aperfeiçoa-se com a idade. Entre os 5 e 7 anos, os lobos frontais do cérebro podem sofrer significativo desenvolvimento e reorganização, tornando a metamemória - e a melhor recordação - possíveis (Janowsky e Carper, 1996). Da pré-escola à 5ª série, as crianças apresentam um progresso constante na compreensão da memória (Flavell et al., 1993; Kreutzer, Leonard e Flavell, 1975). Alunos de pré-escola e de 1ª série sabem que as pessoas lembram melhor quando estudam por mais tempo, que as pessoas esquecem as coisas com o tempo e que reaprender uma coisa é mais fácil do que aprendê-la pela primeira vez. Na terceira série, as crianças sabem que algumas pessoas têm mais memória do que outras e que algumas coisas são mais fáceis de lembrar do que outras.

Dois experimentos examinaram as crenças de alunos de pré-escola e de primeira e terceira séries sobre o que influencia a lembrança e o esquecimento. A maioria das crianças de todos os três grupos acreditava que eventos importantes em uma narrativa sobre uma festa de aniversário (como um convidado cair dentro da torta) tinham maior probabilidade de serem lembrados do que detalhes menos importantes (como um dos convidados trazer uma bola de presente). A maioria dos alunos de 1ª e 3ª séries, mas não a maioria dos alunos de pré-escola, acreditava que uma experiência posterior (brincar com um amigo que não estava na festa) poderia afetar a lembrança de uma criança sobre quem estava na festa. Somente depois da terceira série a maioria das crianças reconhece que a memória pode ser distorcida por sugestões dos outros - por exemplo, um adulto que sugere que o amigo estava na festa (O'Sullivan, Howe e Marche, 1996).

Mnemônica: Estratégias para Lembrar

Os dispositivos para auxiliar a memória são denominados **estratégias mnemônicas**. A estratégia mnemônica mais comum entre crianças e adultos é o uso de *recursos mnemônicos externos*. Outras estratégias mnemônicas comuns incluem *ensaio*, *organização* e *elaboração*.

Anotar um número de telefone, fazer uma lista, ajustar um *timer* e colocar um livro da biblioteca junto à porta da frente são exemplos de **recursos mnemônicos externos**: estimulação por algo externo à pessoa. Ficar repetindo um número de telefone depois de consultá-lo, para não esquecê-lo até discar, é uma forma de **ensaio** ou repetição consciente. **Organização** significa colocar mentalmente as informações em categorias (como animais, móveis, veículos e roupas) para facilitar a recordação. Na **elaboração**, as crianças associam as informações a outra coisa, como uma imagem ou uma história. Para se lembrar de comprar limões, *ketchup* e guardanapos, por exemplo, uma criança

• VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar os diversos aspectos nos quais o processamento de informações aperfeiçoa-se durante a terceira infância;

metamemória

Compreensão dos processos de memória.

estratégias mnemônicas

Técnicas para auxiliar a memória.

recursos mnemônicos externos

Estratégias mnemônicas que utilizam algo externo à pessoa.

ensaio

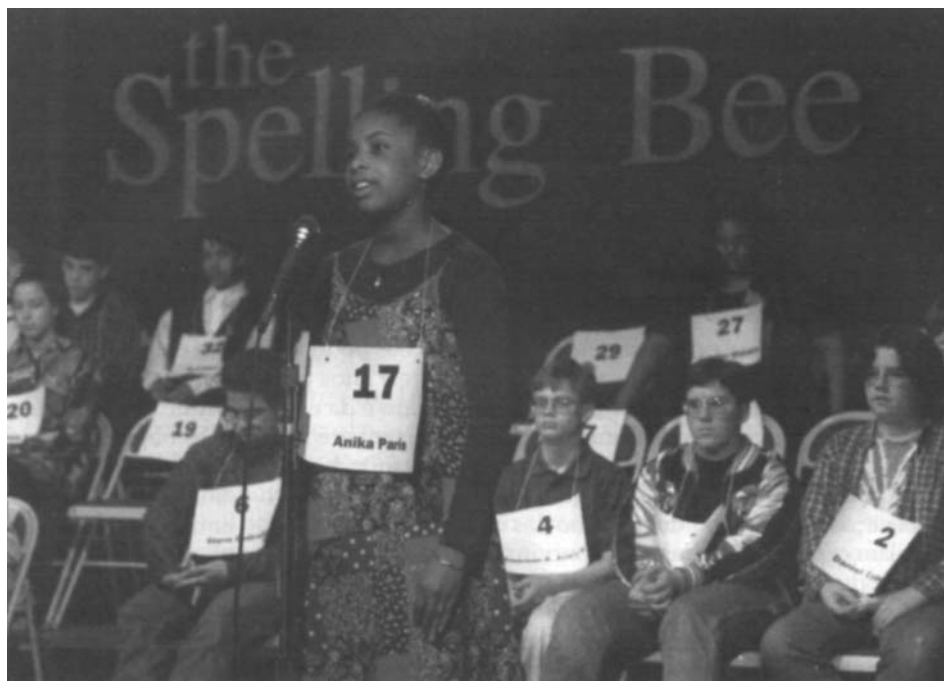
Estratégia mnemônica de manter informações na memória de operação através de repetição consciente.

organização

Estratégia mnemônica de categorizar o material a ser lembrado.

elaboração

Estratégia mnemônica de fazer associações mentais que envolvem as informações a serem lembradas.



Os concorrentes de um concurso de soletrar podem fazer bom uso de estratégias mnemônicas - artifícios para auxiliar a memória - como ensaio (repetição), organização e elaboração.

poderia imaginar um vidro de *ketchup* equilibrado sobre um limão, com uma pilha de guardanapos à mão para limpar o *ketchup* derramado.

À medida que amadurecem, as crianças desenvolvem melhores estratégias, utilizam-nas com mais eficiência e adaptam-nas a necessidades específicas (Bjorklund, 1997). Mesmo alunos de pré-escola reconhecem o valor dos *recursos externos*, e, à medida que ganham idade, as crianças os utilizam com mais frequência (Kreutzer et al., 1975). Geralmente as crianças não utilizam *ensaio* espontaneamente até depois da 1ª série e, quando são ensinadas a utilizá-lo em uma situação, geralmente não o aplicam em outra (Flavell, Beach e Chinsky, 1966; Flavell et al., 1993; Keeney, Canizzo e Flavell, 1967). O quadro é semelhante para os outros dois tipos de estratégias mnemônicas, embora existam evidências de que até pré-escolares, quando ensinados a utilizar *organização*, sabem generalizar esse aprendizado a outras situações. Mais uma vez, as crianças com mais idade são mais propensas do que crianças mais jovens a utilizar *elaboração* de forma espontânea e transferi-la para outras tarefas (Flavell et al., 1993), lembrando-se melhor quando elas mesmas criam a elaboração. Crianças menores lembram-se melhor quando outra pessoa cria a elaboração (Paris e Lindauer, 1976; Reese, 1977).

As crianças, com frequência, utilizam mais do que uma estratégia para uma tarefa e selecionam estratégias de tipos diferentes para problemas diferentes. Em um estudo, alunos de 2ª, 3ª e 4ª séries tiveram dois minutos para memorizar 18 palavras e depois foram solicitados a recordá-las em qualquer ordem. O mesmo procedimento foi repetido mais quatro vezes com outros grupos de palavras. Crianças com mais idade utilizam mais estratégias, com mais eficiência, do que crianças mais jovens, mas até estudantes de 2ª série tendiam a utilizar mais do que uma estratégia para cada conjunto de palavras; crianças de todas as idades que utilizam mais estratégias recordavam-se de mais palavras (Coyle e Bjorklund, 1997).

Atenção Seletiva

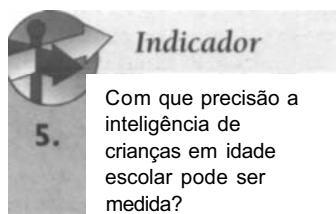
As crianças em idade escolar são capazes de se concentrar por mais tempo do que as crianças mais jovens e sabem focalizar as informações de que necessitam e desejam desconsiderando as que são irrelevantes. Por exemplo, elas sabem evocar o significado apropriado de uma palavra que lêem e suprimir outros significados que não se encaixam no contexto (Simpson e Foster, 1986; Simpson e Lorschbach, 1983). Alunos de quinta série são mais capazes do que alunos de primeira série de impedir que informações descartadas retornem à memória de trabalho e compitam com outros materiais pela aten-

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Citar quatro dos recursos mnemônicos mais comuns e discutir diferenças em seu uso ligadas ao desenvolvimento?
- ✓ Explicar a importância da metamemória e da atenção seletiva?

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Dar exemplos de como um aperfeiçoado processamento de informações pode ajudar a explicar os avanços cognitivos descritos por Piaget?

**testes de aptidão**

Testes que medem a inteligência geral das crianças ou sua capacidade de aprender.

testes de desempenho

Testes que avaliam o quanto as crianças sabem em diversas áreas de conhecimento.

Teste de Capacidade Escolástica Otis-Lennon

Teste de inteligência grupai tanto para a pré-escola como para o final do ensino médio.

ção (Harnishfeger e Pope, 1996). Acredita-se que essa crescente capacidade de controlar a intrusão de pensamentos e de associações anteriores, e de redirecionar a atenção a outros pensamentos e a outras associações atuais e relevantes deve-se à maturação neurológica. Este é um dos motivos pelos quais o funcionamento da memória melhora durante a terceira infância (Bjorklund e Harnishfeger, 1990; Harnishfeger e Bjorklund, 1993).

A capacidade de dirigir a atenção conscientemente pode ajudar a explicar por que crianças com mais idade cometem menos erros de recordação do que crianças mais jovens. Ela pode permitir-lhes selecionar o que querem lembrar e o que querem esquecer (Lorsbach e Reimer, 1997).

Processamento de Informações e Tarefas Piagetianas

Aperfeiçoamentos no processamento de informações podem ajudar a explicar os avanços descritos por Piaget. Por exemplo, crianças de 9 anos podem ser mais capazes do que crianças de 5 anos de encontrar o caminho para e da escola porque sabem sondar um ambiente, assimilar suas características importantes e recordar os objetos em contexto, na ordem em que foram encontrados (Allen e Ondracek, 1995).

Aperfeiçoamentos na memória podem contribuir para o domínio de tarefas de conservação. A memória de trabalho das crianças pequenas é tão limitada que, mesmo que sejam capazes de dominar o conceito de conservação, podem não ser capazes de se recordar de todas as informações relevantes (Siegler e Richards, 1982). Podem esquecer que duas peças de argila de formas diferentes eram originalmente idênticas. Avanços na memória de curto prazo podem contribuir para a capacidade de resolver problemas como esse na terceira infância.

O teórico neopiagetiano Robbie Case (1985, 1992) (ver Capítulo 2) sugere que quando a aplicação de um conceito ou esquema torna-se mais automática, isso libera espaço na memória de trabalho da criança para lidar com novas informações. Isso pode ajudar a explicar a decalagem horizontal: as crianças podem precisar tornar-se suficientemente confortáveis com um tipo de conservação para utilizá-la sem pensamento consciente para que possam estender e adaptar esse esquema a outros tipos de conservação.

Abordagem Psicométrica: Avaliação da Inteligência

Os testes de inteligência (ou testes de QI) são chamados de **testes de aptidão**: eles se propõem a medir a capacidade de aprender, em contraste com os **testes de desempenho**, que avaliam o quanto as crianças já aprenderam em várias áreas disciplinares. Contudo, como veremos, é praticamente impossível projetar um teste que não exija conhecimento prévio. Além disso, os testes de inteligência são validados segundo medidas de desempenho, como o desempenho escolar, e tais medidas são afetadas por fatores além da inteligência inata. Por esse e por outros motivos, existe forte desacordo quanto ao grau de precisão dos testes de QI na avaliação das diferenças entre as crianças.

Testes Individuais e Grupais Tradicionais

Os testes de QI originais, como os de Alfred Binet e Lewis M. Terman (ver Capítulo 5), foram projetados para serem aplicados a indivíduos, e suas versões modernas ainda são utilizadas dessa maneira. Os primeiros testes de grupo, desenvolvidos durante a Primeira Guerra Mundial para selecionar recrutas no exército para encargos apropriados, tornaram-se modelos para os testes hoje administrados nas escolas. A medida que os testes individuais e grupais foram sendo refinados, seus desenvolvedores afastaram-se da ênfase original à inteligência geral para distinções mais sofisticadas entre diversos tipos de habilidades e procuraram adaptar os testes a necessidades específicas (Anastasi e Urbina, 1997; Daniel, 1997).

Um teste de grupo popular, o **Teste de Capacidade Escolástica Otis-Lennon**, tem níveis tanto para a pré-escola como para o final do ensino médio. As crianças devem classificar informações, demonstrar compreensão de conceitos verbais e numéricos, demonstrar conhecimentos gerais e seguir instruções. Escores separados para compreensão verbal, raciocínio verbal, raciocínio pictórico, raciocínio figurativo e raciocínio quantitativo podem ajudar a identificar virtudes e fraquezas.

O teste *individual* mais amplamente utilizado é a **Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III)**. Esse teste para crianças dos 6 aos 16 anos mede as habilidades verbais e de desempenho, gerando escores separados para cada um, além de um escore geral. A separação dos escores em subtestes facilita a determinação dos aspectos mais fortes de uma criança e o diagnóstico de problemas específicos. Por exemplo, se uma criança se sai bem nos testes verbais (por exemplo, compreendendo um texto escrito e conhecendo o vocabulário), mas mal nos testes de desempenho (como no domínio de labirintos e cópia de uma configuração de blocos), a criança pode ter problemas no desenvolvimento perceptivo ou motor. Uma criança que se sai bem nos testes de desempenho, mas mal em testes verbais, pode ter um problema de linguagem. Outro teste individual comumente utilizado é a Escala de Inteligência Stanford-Binet (ver Capítulo 7).

Prós e Contras dos Testes de Inteligência

A utilização de testes psicométricos de inteligência é controversa. No aspecto positivo, como os testes de QI foram padronizados e largamente utilizados, existem amplas informações sobre suas normas, sua validade e sua fidedignidade (ver Capítulo 5). Os escores de QI durante a terceira infância prognosticam o desempenho escolar razoavelmente bem, especialmente com crianças muito verbais, e os escores são mais confiáveis do que durante o ano pré-escolar. Os escores de QI explicam aproximadamente um quarto da variância entre as notas das crianças e são o melhor prognosticador isolado de quanto tempo uma criança permanecerá na escola (Neisser et al., 1996). Podem ajudar a selecionar alunos para grupos avançados ou mais lentos e podem auxiliar nas decisões sobre aplicações e admissões universitárias. ↓

Não obstante, críticos afirmam que os testes são injustos com muitas crianças. Em primeiro lugar, podem subestimar a inteligência de crianças que, por um motivo ou outro, não se saem bem nos testes (Anastasi, 1988; Ceci, 1991). Como os testes são cronometrados, igualam inteligência à rapidez e penalizam uma criança que trabalha vagarosa e deliberadamente.

Uma crítica mais fundamental, como já mencionamos, é que os testes de QI inferem a inteligência a partir do que as crianças já sabem, e grande parte desse conhecimento é de origem cultural. Considere a seguinte proposição: "Chapéu está para cabeça assim como sapato está para ____". Esse problema não significaria nada para uma criança de uma cultura em que ninguém usa chapéus ou sapatos. Os críticos afirmam que os testes de QI são injustos com as minorias porque estão sujeitos à **tendenciosidade cultural**: tendência a incluir perguntas que utilizam vocabulário ou exigem informações ou habilidades mais familiares ou significativas para alguns grupos culturais do que outros (Sternberg, 1985a, 1987).

Os desenvolvedores de testes tentaram criar testes **livres de cultura** - testes sem conteúdo ligado à cultura - propondo tarefas que não exigem linguagem, como sair de labirintos, colocar as formas certas nos orifícios certos e completar figuras. Mas não foram capazes de eliminar todas as influências culturais. Por exemplo, perguntou-se a uma criança asiática o que faltava em um desenho de um rosto sem boca, e ela respondeu que o que faltava era o corpo, pois, em sua cultura, rostos não são desenhados sem corpos (Anastasi, 1988). Os desenvolvedores de teste também constataram ser praticamente impossível produzir um teste **culturalmente justo**, composto apenas de experiências comuns às pessoas de diversas culturas. Em uma simples tarefa de classificação, por exemplo, uma criança em uma cultura ocidental categorizará as coisas pelo que elas são (por exemplo, colocando *pássaro* e *peixe* na categoria *animal*). Os indígenas Kpelle da Nigéria consideram mais inteligente classificar as coisas pelo que elas *fazem* (por exemplo, agrupando *peixe* com *nadar*) (Sternberg, in Quinby, 1985; Sternberg, 1985a, 1986).

Outra crítica importante é que os testes de QI concentram-se quase totalmente nas capacidades que são úteis na escola. Eles *não* abordam outros aspectos importantes do comportamento inteligente, como bom senso, habilidades sociais, *insight* criativo e autoconhecimento. Contudo, essas habilidades, em que algumas crianças com habilidades acadêmicas modestas sobressaem, podem tornar-se tão ou mais importantes posteriormente na vida (Gardner, 1993; Sternberg, 1985a, 1987). Dois dos principais defensores dessa posição são Howard Gardner e Robert Sternberg.

Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III)

Teste individual de inteligência para crianças em idade escolar, o qual gera escores verbais e de desempenho, além de um escore geral.

tendenciosidade cultural

Tendência dos testes de inteligência de incluir itens que exigem conhecimento ou habilidades mais familiares ou significativas para alguns grupos culturais do que para outros, assim colocando alguns indivíduos em vantagem ou desvantagem devido à sua formação cultural.

livre de cultura

Descreve um teste de inteligência que, se fosse possível de criar, não teria nenhum conteúdo ligado à cultura. Compare com *culturalmente justo*.

culturalmente justo

Descreve um teste de inteligência que trata de experiências comuns a diversas culturas, como tentativa de evitar a tendenciosidade cultural. Compare com *livre de cultura*.



Segundo Howard Gardner, a habilidade musical - que inclui a capacidade de perceber e criar padrões de tom e de ritmo - é um entre os diversos tipos distintos de inteligência.

teoria das inteligências múltiplas
Teoria de Gardner de que diversas formas distintas de inteligência existem em cada pessoa.

Gardner e Sternberg: Existe Mais do que um Tipo de Inteligência?

Em sua **teoria das inteligências múltiplas**, Howard Gardner (1993) define *inteligência* como a capacidade de resolver problemas ou criar produtos culturalmente valorizados. Ele sustenta que as pessoas possuem pelo menos sete tipos distintos de inteligência. Os testes de inteligência convencionais exploram apenas três dessas "inteligências": *lingüística*, *lógico-matemática* e, em certa medida, *espacial*. As outras quatro, que não se refletem nos escores de QI, são a inteligência *musical*, *corporal-cinestésica*, *interpessoal* e *intrapessoal*. Gardner (1998) recentemente acrescentou uma oitava inteligência, *inteligência naturalista* (talvez exemplificada por Theodore Roosevelt), à sua lista original. (ver Tabela 9-4 para definições e exemplos de campos em que cada "inteligência" é útil.)

A alta inteligência em uma área não é necessariamente acompanhada de alta inteligência em qualquer uma das outras. Uma pessoa pode ser extremamente dotada em arte (uma capacidade espacial), precisão de movimento (corporal-cinestésica), relações sociais (interpessoal) ou autocompreensão (intrapessoal), mas não ter um QI elevado. As diversas inteligências também se desenvolvem em ritmos diferentes. Por exemplo, a capacidade lógico-matemática tende a se desenvolver mais cedo e declinar mais rápido na velhice do que a capacidade interpessoal.

Gardner avaliaria cada inteligência de maneira direta, observando seus produtos - a capacidade de uma criança de contar uma história, de se lembrar de uma melodia ou de andar em uma área estranha. A observação prolongada poderia revelar pontos fortes e deficiências para ajudar as crianças a realizarem seu potencial, e não para comparar indivíduos (Gardner, 1995; Scherer, 1985). Evidentemente, essas avaliações seriam muito mais demoradas e suscetíveis à tendenciosidade do observador do que testes com lápis e papel.

Robert Sternberg (1997) define *inteligência* como um grupo de habilidades mentais necessárias para que crianças ou adultos adaptem-se a qualquer contexto ambiental e também necessárias para selecionar e para moldar os contextos em que vivem e agem. O comportamento inteligente pode diferir de uma cultura para outra - na Inglaterra é

Tabela 9-4 As Oito Inteligências (Segundo Gardner)

Inteligência	Definição	Campos ou Ocupações Onde é Utilizada
Lingüística	Capacidade de usar e de compreender as palavras e as nuances de significado.	Escrita, edição, tradução
Lógico-matemática	Capacidade de manipular números e de resolver problemas lógicos	Ciência, comércio, medicina
Musical	Capacidade de perceber e de criar padrões de tom e de ritmo	Composição musical, regência
Espacial	Capacidade de se orientar em um ambiente e de julgar as relações entre os objetos no espaço.	Arquitetura, carpintaria, planejamento urbano
Corporal-cinestésica	Capacidade de se movimentar com precisão	Dança, atletismo, cirurgia
Interpessoal	Capacidade de compreender e de se comunicar com os outros.	Ensino, representação, política
Intrapessoal	Capacidade de compreender a si mesmo	Aconselhamento, psiquiatria, liderança espiritual
Naturalista	Capacidade de distinguir espécies	Caça, pesca, agricultura e criação de animais, jardinagem, culinária

Fonte: Baseado em Gardner, 1993, 1998.

inteligente dirigir no lado esquerdo da estrada, nos Estados Unidos no direito - mas os processos mentais que produzem esse comportamento são os mesmos.

- A **teoria triárquica da inteligência** de Sternberg (1985a) envolve três elementos ou aspectos da inteligência: *componencial*, *experencial* e *contextual*. Uma pessoa pode ser forte em um, dois ou em todos os três.
- O **elemento componencial** é o aspecto *analítico* da inteligência; ele determina com que eficiência as pessoas processam a informação. Ele diz às pessoas como resolver problemas, como monitorar soluções e como avaliar resultados.
- O **elemento experencial** é *perceptivo*; ele determina como as pessoas abordam tarefas novas ou familiares. Permite que as pessoas comparem novas informações com o que já sabem e criem novos modos de interpretar os fatos - em outras palavras, pensar originalmente.
- O **elemento contextual** é *prático*; ele determina como as pessoas lidam com seu ambiente. E a capacidade de avaliar uma situação e de decidir o que fazer: adaptar-se a ela, mudá-la ou abandoná-la.

Os testes convencionais de QI medem principalmente a capacidade componencial, e, sendo essa capacidade o tipo mais requisitado nas tarefas escolares, não é de surpreender que os testes prognostiquem razoavelmente bem o desempenho escolar. O fato de não medirem a inteligência experencial (perceptiva) ou contextual (prática), diz Sternberg, pode explicar por que eles são menos úteis para prognosticar êxito no mundo exterior.

Direções Alternativas na Testagem da Inteligência

Desde que os testes de inteligência nasceram, os pesquisadores tentam aperfeiçoá-los. Um instrumento diagnóstico e preditivo relativamente novo, baseado na pesquisa neurológica e na teoria do processamento de informações, é a **Bateria de Avaliação Kaufman para Crianças (K-ABC)** (Kaufman e Kaufman, 1983). Esse teste individual para crianças de 2 anos e 6 meses a 12 anos e 6 meses tem escalas separadas para aptidão (capacidades de processamento) e desempenho. Para avaliar crianças de minorias culturais e portadores de deficiências de maneira justa, membros desses grupos foram incluídos na amostra de padronização. Existe também uma escala não-verbal para crianças com deficiências auditivas ou com distúrbios da fala ou da linguagem e para aqueles cuja língua principal não é o inglês. O K-ABC incorpora o conceito de andaimes (ver Capítulos 2 e 7): se uma criança fracassa em alguma das primeiras três questões de um subteste, o examinador pode esclarecer que tipo de resposta se espera utilizando palavras ou gestos diferentes ou uma língua diferente. Outros novos testes baseiam-se na zona de desenvolvimento proximal (ZDP) de Vygotsky (ver Capítulo 7). Esses testes, que procuram capturar a natureza dinâmica da formação da inteligência, oferecem uma alternativa aos testes "estáticos" tradicionais que medem as capacidades de uma criança em um determinado momento.

Sternberg desenvolveu testes compatíveis com sua teoria da inteligência. O **Teste de Habilidades Triárquicas de Sternberg (THTS)** (Sternberg, 1993) procura medir cada um dos três componentes da inteligência - *analítico*, *criativo* e *prático* - através de perguntas de múltipla escolha ou discursivas de três domínios: *verbal*, *quantitativo* e *figurativo* (ou espacial). Por exemplo, um teste de inteligência prático-quantitativa poderia ser resolver um problema de matemática cotidiano relacionado com a compra de ingressos para um jogo de futebol. Uma questão verbal-criativa poderia pedir às crianças que resolvam problemas de raciocínio dedutivo que partam de premissas falsas (por exemplo, "Dinheiro dá em árvores"). Uma questão analítico-figurativa poderia pedir às crianças que identifiquem a parte que está faltando em uma figura. O teste tem níveis para alunos de ensino fundamental, médio e superior. Uma validação preliminar constatou correlações com diversos outros testes de pensamento crítico, criatividade e resolução de problemas de ordem prática (Sternberg, 1997; Sternberg e Clinkenbeard, 1995).

teoria triárquica da inteligência

Teoria de Sternberg que descreve três tipos de inteligência: componencial (capacidade analítica), experencial (entendimento e originalidade) e contextual (pensamento prático).

elemento componencial

Na teoria triárquica de Sternberg, é o termo para o aspecto analítico da inteligência, que determina com que eficiência as pessoas processam informações e resolvem problemas.

elemento experencial

Na teoria triárquica de Sternberg, é o termo para o aspecto perceptivo da inteligência, que determina com que eficiência as pessoas abordam tanto tarefas novas como familiares.

elemento contextual

Na teoria triárquica de Sternberg, é o termo para o aspecto prático da inteligência, que determina com que eficiência as pessoas lidam com seu ambiente.

Pense sobre isso...

- Em quais dos tipos de inteligência de Gardner ou Sternberg você é mais forte? Sua educação incluiu um foco em algum desses aspectos? Como esse tipo de ensino poderia ser integrado ao currículo escolar?

Bateria de Avaliação Kaufman para crianças (K-ABC)

Teste de inteligência individual não-tradicional para crianças de 2 anos e 6 meses a 12 anos e 6 meses que procura oferecer avaliações justas de crianças de minorias culturais e de crianças com deficiência.

Teste de Habilidades Triárquicas de Sternberg (THTS)

Teste que procura medir as inteligências componencial, experencial e contextual nos domínios verbal, quantitativo e figurativo (espacial).

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Relacionar e descrever dois testes de inteligência tradicionais para escolares?
- ✓ Apresentar argumentos favoráveis e contrários aos testes de QI?
- ✓ Comparar as teorias de Gardner e Sternberg, relacionar e descrever as capacidades específicas propostas por eles?
- ✓ Descrever alguns novos tipos de testes de inteligência?

Pense sobre isso ...

- Em quais dos tipos de inteligência de Gardner ou Sternberg você é mais forte? Sua educação incluiu um foco em algum desses aspectos? Como esse tipo de ensino poderia ser integrado ao currículo escolar?
- Considerando-se que os testes de inteligência não prognosticam o desempenho escolar com muita precisão, sendo ainda menos úteis na predição do futuro desempenho profissional, que valor há em sua aplicação? Não serão eles mais prejudiciais do que benéficos?
- A impossibilidade de eliminar o viés cultural dos testes de QI é motivo suficiente para abandoná-los? Nesse caso, que sistema de avaliação deveria substituí-los?
- A inteligência está relacionada com o quanto uma pessoa adapta-se à cultura dominante, ou os testes de inteligência deveriam ser projetados para levar em conta uma cultura minoritária?

Apesar dessas inovações, parece provável que os testes de inteligência psicométrica convencionais continuarão dominando o campo por algum tempo (Daniel, 1997). Eles são muito arraigados, pesquisados e prontamente disponíveis, e seus desenvolvedores continuam respondendo às críticas a cada nova versão. Com ou sem testes de inteligência, decisões serão tomadas sobre as capacidades das crianças e sobre sua colocação educacional. Sem testes, esses julgamentos podem ser feitos em uma base menos justificável, como a opinião de um professor tendencioso. Ainda que os atuais testes estejam longe de ser perfeitos, se forem bem projetados, cuidadosamente administrados e sabiamente interpretados à luz de outras informações relevantes, podem beneficiar tanto as crianças como a sociedade.

Influências sobre a Inteligência Medida: Etnicidade e Escolaridade

Quando falamos a respeito de interpretar os resultados dos testes sabiamente, estamos falando, entre outras coisas, sobre a necessidade de estar consciente das muitas influências que podem afetar o desempenho de uma criança. Entre elas estão a herança genética, o temperamento, a maturidade social e emocional, a tranquilidade na situação de teste e as habilidades verbais e numéricas. Elas também incluem fatores ambientais, como o ambiente familiar, a condição socioeconômica, a origem étnica e a escolaridade. Já discutimos alguns desses fatores em capítulos anteriores. Examinaremos agora a etnicidade e a escolaridade.

Embora exista considerável sobreposição de QI entre grupos étnicos, existem algumas diferenças intergrupais. Embora alguns afro-americanos obtenham escores mais altos do que a maioria dos brancos, em média, os afro-americanos obtêm 15 pontos a menos do que os americanos brancos e apresentam uma diferença comparável nos testes de desempenho escolar. Os escores de QI médios de crianças hispânicas situam-se entre os de crianças negras e brancas, e os escores delas também tendem a prognosticar o desempenho escolar. Entretanto, os americanos asiáticos, cujo desempenho escolarístico supera consistentemente os de outros grupos étnicos, não parecem ter uma vantagem significativa de QI - um lembrete do limitado poder de predição dos testes de inteligência (Neisser et al., 1996). Ao contrário disso, como veremos posteriormente neste capítulo, o forte desempenho escolarístico de crianças americanas asiáticas parece ser melhor explicado por fatores culturais.

O que explica as diferenças étnicas de QI? Alguns autores afirmam que a causa é, em parte, genética (Herrnstein e Murray, 1994; Jensen, 1969). Contudo, embora existam fortes indícios de uma influência genética sobre as diferenças individuais de inteligência, *não* existem evidências diretas de que as diferenças entre grupos étnicos, culturais ou raciais sejam hereditárias (Neisser et al., 1996).

Muitos estudiosos atribuem essas diferenças a desigualdades no ambiente - na renda, na nutrição, nas condições de vida, na estimulação intelectual, na escolarização, na cultura ou em outras condições, como, por exemplo, os efeitos da opressão e da discriminação, os quais podem influenciar a auto-estima, a motivação, o desempenho acadêmico (Kamin, 1974, 1981; Kottak, 1994; Miller-Jones, 1989) e até mesmo a própria estrutura do cérebro. As diferenças nos testes de QI e em outros testes de desempenho entre americanos brancos e negros parece estar se estreitando (Neisser et al., 1996) à medida que as condições de vida e as oportunidades educacionais de muitas crianças afro-americanas melhoram.

Em um estudo com crianças de 5 anos que haviam nascido com baixo peso natal, quando os analistas fizeram ajustes para diferenças socioeconômicas entre crianças negras e brancas (incluindo diferenças no ambiente doméstico), as diferenças no QI médio foram praticamente eliminadas (Brooks-Gunn, Klebanov e Duncan, 1996). De modo geral, contudo, embora a condição socioeconômica e o QI tenham forte correlação, a condição socioeconômica não parece explicar toda a variância intergrupar de QI (Neisser et al., 1996; Suzuki e Valencia, 1997).

Alguns críticos atribuem as diferenças étnicas de QI a um viés cultural. Eles alegam que os testes de inteligência são construídos em torno do estilo dominante de pensamento e de linguagem de pessoas brancas de descendência européia, colocando crianças de minorias em desvantagem (Heath, 1989; Helms, 1992). Dificuldades de linguagem podem explicar os resultados inferiores de crianças latinas, que tendem a se sair melhor em tarefas práticas do que em tarefas verbais; o mesmo se aplica aos indígenas americanos (Neisser et al., 1996). A linguagem também pode desempenhar um

papel nas diferenças entre negros e brancos; algumas questões dos testes podem ser confusas para crianças que ouvem inglês negro em vez do inglês padrão em casa.

O viés cultural também pode afetar a situação de teste. Uma criança de uma cultura que enfatiza a sociabilidade e a cooperação pode estar em desvantagem ao fazer um teste sozinha (Kottak, 1994). A harmonia com o examinador e a familiaridade com o ambiente fazem diferença. Crianças afro-americanas e latinas, crianças deficientes e crianças de baixa condição socioeconômica, muitas vezes, obtêm escores superiores quando testadas em suas próprias salas de aula, por seus próprios professores, em vez de em outras salas, por examinadores desconhecidos (Fuchs e Fuchs, 1986; Fuchs e Fuchs, 1986).

Mesmo assim, embora o viés cultural possa ser em parte responsável pelo desempenho de algumas crianças, estudos controlados não demonstraram que isso contribui substancialmente para diferenças gerais de QI entre grupos. Embora muitas respostas tenham sido sugeridas e algumas pareçam mais plausíveis do que outras, o mistério das diferenças étnicas de QI continua exatamente igual - um mistério que necessita de muito mais investigação (Neisser et al., 1996).

Existem indícios de que a escolarização aumenta a inteligência testada (Ceci e Williams, 1997; Neisser et al., 1996). Isso não é surpresa, pois, nas escolas, as crianças adquirem habilidades e informações que as ajudam nos testes de "aptidão" e de desempenho. Em uma comparação entre gêmeos idênticos criados em lares diferentes, as diferenças de QI estavam diretamente relacionadas com o número de anos de educação que cada gêmeo tinha tido (Bronfenbrenner, 1979). Os escores de QI diminuem durante as férias de verão (Ceci e Williams, 1997). Em uma amostra nacional de 1.500 crianças, os escores lingüísticos, espaciais e conceituais aumentaram muito mais entre outubro e abril, parte principal do ano escolar norte-americano, do que entre abril e outubro, período que inclui as férias de verão e o início e fim do ano escolar (Huttenlocher, Levine e Vevea, 1998). Evidentemente, a qualidade do ensino faz diferença. Em escolas de baixa qualidade, as crianças podem ir se distanciando dos padrões nacionais de QI a cada ano, sendo que crianças com mais idade obtêm escores mais baixos do que crianças de menos idade (Neisser et al., 1996).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Avaliar as diversas explicações que foram propostas para as diferenças de desempenho entre crianças de grupos étnicos diferentes nos testes psicométricos de inteligência?

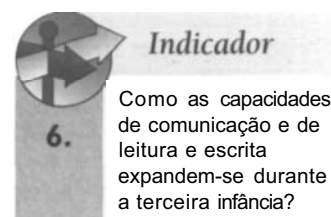
Linguagem e Capacidade de Ler e Escrever

As habilidades lingüísticas continuam desenvolvendo-se durante a terceira infância. As crianças agora são mais capazes de compreender e de interpretar a comunicação oral e a escrita e de se fazerem compreendidas.

Vocabulário, Gramática e Sintaxe

Com o crescimento do vocabulário durante os anos escolares, as crianças utilizam verbos cada vez mais precisos para descrever uma ação (*bater, esbofetear, golpear, esmurrar*). Aprendem que uma palavra como *ponto* pode ter mais de um significado e distinguem a partir do contexto qual o significado pretendido. Não aprendem apenas a usar um número muito maior de palavras, mas a escolher a palavra certa para determinado uso. A *comparação* e a *metáfora*, figuras de linguagem em que uma palavra ou locução que geralmente designa uma coisa é comparada ou aplicada a outra, tornam-se cada vez mais comuns (Owens, 1996; Vosniadou, 1987). Embora a gramática seja muito complexa aos 6 anos, nos primeiros anos de escola, as crianças raramente utilizam a voz passiva (como em "A calçada está sendo limpa"), tempos verbais que incluam verbos auxiliares e sentenças condicionais ("Se Bárbara estivesse em casa, ela ajudaria a limpar a calçada") (Chomsky, 1969).

Até e possivelmente depois dos 9 anos, a compreensão das crianças das regras de *sintaxe* (como as palavras organizam-se em frases e sentenças) torna-se mais sofisticada. Carol S. Chomsky (1969) constatou considerável variação nas idades em que as crianças compreendem algumas estruturas sintáticas. Por exemplo, a maioria das crianças com menos de 5 ou 6 anos pensa que as sentenças "João prometeu a José fazer compras" e "João disse a José para fazer compras" significam, ambas, que José é quem irá à loja. Sua confusão é compreensível, pois quase todos os verbos ingleses diferentes de



prometer que poderiam ser utilizados nessa frase (como *pediu*, *queria* e *esperava*) teriam esse significado. Muitas crianças de 6 anos ainda não aprenderam a lidar com construções como a da primeira sentença, ainda que saibam o que é uma promessa e que saibam utilizar e compreender a palavra corretamente em outras sentenças. Aos 8 anos, a maioria das crianças sabe interpretar a primeira sentença corretamente, e, aos nove, praticamente todas sabem fazê-lo.

A estrutura frasal continua tornando-se mais complexa. Crianças com mais idade utilizam orações subordinadas ("O garoto *que entrega os jornais* bateu duas vezes na campanha") e agora elas consideram o efeito semântico de uma frase como um todo, em vez de se concentrarem na ordem das palavras como um indicativo do significado. Mesmo assim, algumas construções, como orações iniciadas por *however* (entretanto) e *although* (embora), só se tornam comuns no começo da adolescência (Owens, 1996).

Pragmática

pragmática

O conhecimento prático necessário para usar a linguagem para fins comunicativos.

Nos anos escolares, a maioria das crianças já domina as regras básicas de forma e de significado. Elas são mais capazes de assumir o ponto de vista de outra pessoa e de se envolver em concessões sociais mútuas. Sua maior área de desenvolvimento linguístico é na **pragmática**: o uso prático da linguagem para se comunicar*. Isso inclui habilidades tanto de conversação como de narrativa.

As pessoas que sabem conversar sondam fazendo perguntas antes de introduzir um assunto com o qual o interlocutor pode não estar familiarizado. Elas rapidamente reconhecem uma interrupção na comunicação e fazem algo para corrigir isso. Existem amplas diferenças individuais nessas habilidades de conversação; algumas crianças de 7 anos sabem conversar melhor do que alguns adultos (Anderson, Clark e Mullin, 1994).

As crianças em idade escolar são altamente conscientes do poder e da autoridade dos adultos. Alunos de primeira série respondem às perguntas dos adultos com respostas mais simples e curtas do que as que dão aos seus amigos. Eles tendem a falar de maneira diferente com os pais e com outros adultos, expressando mais demandas e travando conversas menos prolongadas.

Quando crianças desta idade contam histórias, elas não costumam inventá-las; tendem a relatar uma experiência pessoal. A maioria das crianças de 6 anos sabe descrever o enredo de um livro, de um filme ou de um programa de televisão curto. Estão começando a descrever motivos e elos causais.

Até a segunda série, as histórias das crianças tornam-se mais longas e mais complexas. As narrativas ficcionais costumam ter início e fim convencionais ("Era uma vez..." e "E viveram felizes para sempre" ou apenas "Fim"). A utilização das palavras é mais variada do que antes, mas os personagens não crescem ou mudam, e os enredos não são plenamente desenvolvidos.

Crianças com mais idade geralmente "preparam o palco" com informações introdutórias sobre o ambiente e os personagens, indicando claramente as mudanças de tempo e de lugar durante a narrativa. Constroem episódios mais complexos do que as crianças mais jovens; porém, com menos detalhes desnecessários. Concentram-se mais nos motivos e nos pensamentos dos personagens e refletem sobre como resolver problemas no enredo.

Capacidade de Ler e Escrever

Aprender a ler e escrever liberta as crianças das limitações da comunicação face a face. Agora elas têm acesso às idéias e à imaginação de pessoas de lugares e de tempos remotos.

Leitura

Os processos de desenvolvimento que aperfeiçoam a compreensão da leitura durante os anos escolares são semelhantes àqueles que aperfeiçoam a memória. A medida que o reconhecimento torna-se mais rápido e mais automático (ver o Quadro 9-2), as crianças podem concentrar-se no significado do que lêem e procurar inferências e conexões.

* Esta seção baseia-se principalmente em Owens (1996).



Quadro 9-2

O Ensino da Leitura: Fônico ou Integral?

Tradicionalmente, a maioria das crianças aprende a ler pelo domínio de um código fonético que associa o alfabeto escrito aos sons da fala. Uma criança que conhece esse código pode "sonorizar" e, assim, "decodificar" palavras desconhecidas. Os métodos de ensino que enfatizam a fonética adotam uma abordagem de *ênfase no código*.

A abordagem da *linguagem integral* (também chamada de *baseada em literatura ou orientada ao processo*), hoje amplamente utilizada, baseia-se em princípios muito diferentes. Os proponentes dessa abordagem acreditam que as crianças podem aprender a ler e escrever naturalmente pela descoberta, do mesmo modo que aprendem a compreender e a utilizar a fala. Eles alegam que a instrução fonética prejudica esse processo natural por obscurecer o propósito da linguagem escrita - transmitir significado - e produz leitores que sabem decodificar, mas não compreender.

O método de linguagem integral enfatiza a *recuperação de base visual*: a criança vê uma palavra inteira e, então, a recupera da memória, com o auxílio de indicadores contextuais se necessário. Os programas de linguagem integral estruturam-se em torno de literatura real e de atividades abertas e propostas pelos próprios alunos, em contraste com as tarefas mais rigorosas dirigidas pelo professor do ensino fonético. Seus proponentes argumentam que as crianças aprendem a ler melhor - e têm mais prazer - quando vêem a linguagem escrita como um modo de adquirir informações e de expressar idéias e sentimentos, e não como um sistema de sons e de sílabas isoladas que deve ser aprendido por memorização e por exercícios.

A despeito da popularidade da abordagem de linguagem integral, análises da literatura encontram pouco apoio para suas afirmações (Stahl, McKenna e Pagnucco, 1994; Stahl e Miller, 1989). Críticos a vêem como o principal responsável pelo fracasso no aprendizado da leitura de 20 a 25% dos alunos (Stedman e Kaestle, 1987). Devido à dificuldade na identificação de palavras, a maioria das crianças de 7ª ou 8ª série não compreende o que lê nem o que ouve (Sticht e James, 1984). Além disso, as atitudes perante a leitura - tanto recreativa como acadêmica - pioram a partir da primeira série, especialmente entre os meninos. A motivação para a leitura recreativa diminui mais rapidamente nos piores leitores, e essa tendência tor-

na-se mais acentuada durante o ensino fundamental (McKenna, Kear e Ellsworth, 1995).

Os críticos afirmam que o ensino de linguagem integral incentiva as crianças a ler um texto superficialmente, adivinhando as palavras e seus significados, e não tentar corrigir erros de leitura ou ortografia, contanto que os resultados "façam sentido". Eles dizem que a leitura, diferentemente da fala, é uma habilidade que deve ser ensinada; o cérebro não foi programado para adquiri-la. Uma longa linha de pesquisas apóia a concepção de que a consciência fonética e o treinamento fonético inicial são fundamentais para a proficiência na leitura (Hatcher, Hulme e Ellis, 1994; Liberman e Liberman, 1990).

Uma capacidade fonológica que se mostrou capaz de prognosticar escores posteriores de leitura é o reconhecimento de palavras que possuem os mesmos sons iniciais (aliteração) ou finais (rima). Em um conhecido experimento realizado na Inglaterra (Bradley e Bryant, 1983, 1985), crianças de 4 e 5 anos que se saíram mal em testes de aliteração e rima foram treinadas não apenas nessas habilidades, mas também em como as letras "soletram" sons (fonética). Após dois anos de treinamento, essas crianças estavam de 8 a 10 meses à frente de um grupo que tinha sido treinado a categorizar figuras e palavras por significado, estando também vários meses à frente de um terceiro grupo treinado apenas em aliteração e rima.

Alguns especialistas procuram mesclar o melhor das abordagens fonética e de linguagem integral ensinando às crianças habilidades fonéticas juntamente com estratégias que as ajudem a compreender o que lêem. As crianças que sabem selecionar estratégias de base visual ou fonética - utilizando recuperação visual para palavras familiares e decodificação fonética como recurso para palavras desconhecidas - tendem a desenvolver associações mentais mais coesas e realizam recuperação visual com mais rapidez e eficiência (Siegler, 1998).

Recentemente, os esforços para melhorar o ensino da leitura parecem estar rendendo frutos. A Avaliação Nacional do Progresso Educacional de 1998 (nos Estados Unidos) indicou aumentos significativos nos escores médios de leitura da quarta e oitava série do ensino fundamental e da última série do ensino médio desde 1994 - a primeira vez que as médias de todas as três séries aumentaram desde a introdução do programa nacional de avaliação em 1971.

A metacognição - a consciência do que está ocorrendo em suas próprias mentes - ajuda as crianças a monitorar sua compreensão do que lêem e a desenvolver estratégias para esclarecer eventuais problemas (como reler trechos difíceis, ler mais lentamente, tentar visualizar o que está sendo descrito e pensar em exemplos). As crianças também aprendem a ajustar sua velocidade de leitura e os recursos de atenção à importância e à dificuldade do material. À medida que seu estoque de conhecimento aumenta, podem mais prontamente comparar as novas informações com o que já sabem (Siegler, 1998).

Alguns programas de base escolar ajudam as crianças a desenvolver estratégias interpretativas através de discussões literárias. Os professores exemplificam estratégias bem-sucedidas (como fazer associações com conhecimentos prévios, resumir, vi-

metacognição

Consciência dos processos mentais pela própria pessoa.

sualizar relacionamentos e fazer previsões) e treinam os alunos para selecioná-las e utilizá-las. Após um ano em um desses programas, alunos de 2ª série com baixo desempenho se saíram significativamente melhor em testes padronizados de compreensão do que um grupo-controle (Brown e Pressley, 1994; Brown, Pressley, Schuder e Van Meter, 1994).

Escrita

A aquisição de habilidades de escrita ocorre em paralelo ao desenvolvimento da leitura. A medida que aprendem a traduzir a palavra escrita em fala, as crianças também aprendem que podem inverter o processo - que podem utilizar palavras escritas para expressar idéias, pensamentos e sentimentos falados ou não.

Escrever é difícil para crianças pequenas, e as primeiras composições geralmente são bem curtas. Muitas vezes, as tarefas escolares envolvem assuntos pouco familiares; as crianças precisam organizar informações diversas a partir da memória de longo prazo e de outras fontes. Ao contrário da conversação, que oferece um *feedback* constante, a escrita não fornece um sinal imediato do quanto os objetivos de comunicação da criança foram alcançados. A criança também precisa atentar para diversas regras de ortografia, pontuação e gramática, assim como a tarefa física básica de grafar as letras (Siegler, 1998).

Crianças pequenas, cujo pensamento ainda é um pouco egocêntrico, têm dificuldade para distinguir o que sabem sobre um assunto do que podem esperar que seus leitores saibam e têm mais dificuldade para encontrar erros em seu próprio trabalho do que no trabalho dos outros. À medida que ganham idade e podem assumir mais de um ponto de vista, as crianças passam mais tempo planejando sua escrita para apresentá-la de uma forma que seus leitores possam compreender. Isso as força a perceber lacunas, incorreções ou contradições em seu próprio pensamento. Começam a perceber deficiências em seu trabalho e, assim, podem corrigi-las.

Em uma sala de aula típica, as crianças são desencorajadas a discutir seu trabalho umas com as outras. Essa prática baseia-se na crença de que as crianças, especialmente amigos, irão distrair umas às outras, transformar o tempo de aprendizagem em recreação e impedir-se mutuamente de realizar seu melhor trabalho. Pesquisas baseadas no modelo de interação social de desenvolvimento da linguagem de Vygotsky sugerem que isso não ocorre.

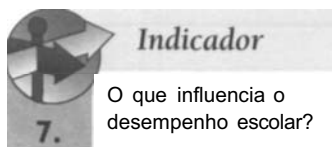
Em um estudo, alunos de 4ª série progrediam mais quando escreviam com outras crianças, especialmente amigos. Quando trabalhavam em duplas, as crianças escreviam narrativas com mais soluções para problemas, mais explicações e metas e menos erros de sintaxe e de uso de vocabulário do que quando trabalhavam sozinhas. Amigos concentravam-se melhor do que conhecidos e cooperavam de maneiras complexas, desenvolvendo as idéias uns dos outros, trabalhando em equipe e propondo idéias alternativas (Daiute, Hartup, Sholl e Zajac, 1993).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir os progressos nas habilidades de linguagem durante a terceira infância?
- ✓ Comparar os métodos de linguagem integral e de ênfase ao código para o ensino da leitura e apresentar argumentos em favor de cada um?
- ✓ Dizer como e por que a compreensão da leitura melhora?
- ✓ Explicar por que a leitura é mais difícil para crianças pequenas do que para crianças com mais idades e por que a interação social pode melhorar a escrita das crianças?

A Criança na Escola



"Como será a professora?" pergunta-se Júlia, de 6 anos, enquanto sobe as escadas do prédio da escola, levando nas costas sua nova mochila. "As tarefas serão difíceis? As crianças irão gostar de mim? De que brincaremos no recreio?"

Mesmo hoje, quando muitas crianças freqüentam a pré-escola, o ingresso na 1ª série, muitas vezes, é aguardado com uma mistura de avidez e ansiedade. O primeiro dia na escola "de verdade" é um marco - um sinal dos avanços internos que possibilitam essa nova condição.

Ingressando na 1ª Série

A experiência da 1ª série prepara as bases para toda a carreira escolar de uma criança. A escolarização é cumulativa: os conteúdos de cada série baseiam-se no que foi estudado antes. O mesmo ocorre com o histórico que acompanha a criança a cada ano. Esse "rastro em papel" ajuda a moldar as percepções e as expectativas de cada novo profes-

sor - expectativas que podem influenciar o desempenho de um aluno nas séries intermediárias e até no ensino médio. O boletim do primeiro ano é um prognóstico do que está por vir - um prognóstico mais preciso do que os resultados em testes iniciais (Entwisle e Alexander, 1998).

O Estudo Escolar Inicial (EEI) acompanhou 790 crianças afro-americanas e brancas selecionadas aleatoriamente em Baltimore desde 1982, quando ingressavam na 1ª série (Entwisle e Alexander, 1998), e identificou fatores que podem facilitar a transição da 1ª série. Um deles é a quantidade de experiência pré-escolar que uma criança teve. As crianças que freqüentaram a pré-escola em tempo integral se saíram melhor em testes de desempenho e obtiveram melhores notas em leitura e em matemática no início da 1ª série do que as que não haviam tido tal experiência ou que o fizeram apenas em meio turno. Embora a diferença nos resultados dos testes se extinguisse até a primavera, a vantagem inicial desfrutada pelas crianças com mais experiência de pré-escola pode tê-las ajudado a começar melhor.

Como muitos outros estudos, o EEI constatou que as crianças de famílias com ambos os pais se saíram melhor do que crianças de famílias de pais solteiros, aparentemente por causa das disparidades econômicas. Entretanto, crianças que viviam com a mãe e uma avó progrediam mais nas habilidades de leitura durante a 1ª série do que filhos de pais solteiros, ainda que sua situação econômica fosse semelhante. As crianças que viviam com as avós tinham melhores hábitos de estudo, o que se traduzia em melhores notas. Essas descobertas são importantes porque pequenas diferenças de desempenho na 1ª série tendem a aumentar posteriormente. No EEI, uma diferença de 20 pontos em um teste padronizado de leitura entre alunos de primeira série de famílias de alta e de baixa renda aumentou para mais de 60 pontos cinco anos depois (Entwisle, Alexander e Olson, 1997).

Interesse, atenção e participação ativa (mas não cooperativismo e obediência) estavam associados a escores em testes de desempenho e, ainda em maior grau, às notas dadas pelos professores desde a 1ª série até, pelo menos, a 4ª série (Alexander, Entwistle e Dauber, 1993). Ao que parece, para progredir academicamente ao máximo, uma criança não precisa ser educada e prestativa, mas precisa envolver-se com o que está acontecendo em aula. Uma vez que os padrões de comportamento em sala de aula parecem estabelecer-se na 1ª série, esse ano crucial oferece uma "janela de oportunidade" para que pais e professores ajudem as crianças a formar bons hábitos de aprendizagem.



As crianças que participam de forma ativa tendem a se sair bem na escola.

VERIFICADOR

Você é capaz de...

- ✓ Explicar o impacto da experiência de primeira série na história escolar de uma criança e identificar os fatores que influenciam o êxito na 1ª série?

Influências Ambientais sobre o Desempenho Escolar

Além das características da própria criança, cada nível do contexto de suas vidas, da família imediata ao que acontece em sala de aula e às mensagens que recebem da cultura mais ampla (como "Não é legal ser esperto"), influencia seu desempenho na escola. Vamos examinar esse "ninho" de influência ambientais.

A Família

Os pais de crianças com bom desempenho escolar fornecem um lugar para estudar e para guardar livros e materiais; eles reservam tempo para refeições, sono e para os deveres; controlam o tempo que as crianças passam assistindo à televisão e o que fazem depois da escola; demonstram interesse pelas vidas das crianças, conversando com elas sobre a escola e envolvendo-se nas atividades escolares. As atitudes dos pais sobre os deveres de casa influenciam diretamente a vontade das crianças de fazê-lo. A medida que as crianças ganham idade, a responsabilidade de conferir se os deveres de casa foram feitos passa dos pais para a criança (Cooper, Lindsay, Nye e Greathouse, 1998).

Como os pais motivam as crianças a se saírem bem na escola? Alguns utilizam meios *extrínsecos* (externos) - recompensando-as com dinheiro ou com presentes por notas boas ou punindo-as por notas ruins. Outros encorajam as crianças a desenvolver motivação *intrínseca* (interna), elogiando-as por sua capacidade e por seu esforço. A motivação intrínseca parece ser mais eficaz. Na verdade, alguns educadores dizem que até os elogios devem ser usados com moderação, pois desviam o foco da motivação própria da criança para a necessidade de agradar aos outros (Aldort, 1994). Em um es-

A atitude de um pai em relação à importância do dever de casa tende a se transferir para a criança. Um pai cujo filho está motivado a ter um bom desempenho não precisa fazer uso de suborno ou de ameaças para garantir que o dever de casa seja feito.



tudo com 77 alunos de 3ª e 4ª séries, aqueles que estavam interessados no trabalho propriamente dito se saíam melhor na escola do que os que buscavam sobretudo boas notas ou a aprovação dos pais (Miserandino, 1996).

Os estilos parentais podem influenciar a motivação. Em um estudo, os alunos de quinta série com melhores notas tinham pais *democráticos* (ver o Capítulo 8). Essas crianças eram curiosas e interessadas em aprender; gostavam de tarefas instigantes e de resolver problemas sozinhas. Pais *autoritários*, que controlavam se as crianças haviam feito o dever de casa, supervisionavam-nas de perto e utilizavam motivação extrínseca, tendiam a ter filhos com pior desempenho. Talvez esse controle externo solape a capacidade das crianças de confiar em seu próprio juízo sobre o que precisam fazer para obter êxito. Filhos de pais *permissivos*, que eram indiferentes e não pareciam importar-se com o desempenho das crianças na escola, também tendiam a ter maus resultados. Evidentemente, sendo esse um estudo correlacional, não podemos tirar conclusões firmes sobre a direção de causalidade. Pais de crianças com notas ruins podem recorrer a subornos e a ameaças e podem sentir-se obrigados a assegurar que o dever seja feito, ao passo que pais de crianças motivadas e bem-sucedidas podem não sentir necessidade de oferecer ou recompensas ou punições ou de assumir um papel de supervisão ativo (Ginsburg e Bronstein, 1993).

A condição socioeconômica pode ter efeitos duradouros sobre o desempenho escolar. Quando os pesquisadores acompanharam 1.253 alunos de 2ª a 4ª série por dois a quatro anos, os de famílias de baixa renda tendiam a ter resultados inferiores em testes de leitura e de matemática, e a diferença de renda no desempenho em matemática ampliou-se com o passar do tempo (Pungeloo, Kupersmidt Burchinal e Patterson, 1996). Ao que parece, a condição socioeconômica em si não determina o desempenho na escola; a diferença provém de seus efeitos sobre a vida familiar. Em um estudo com 90 famílias afro-americanas rurais com primogênitos de 9 e 12 anos, os pais com maior nível de instrução tendiam a ter rendas mais altas e a se envolver mais na escolarização da criança. As famílias de renda mais alta também tendiam a dar mais apoio e a ser mais harmoniosas. Crianças que cresciam em uma atmosfera familiar positiva, cujas mães estavam envolvidas em sua vida escolar, tendiam a desenvolver melhor auto-regulação e a se sair melhor na escola (Brody, Stoneman e Flor, 1995).

Em um estudo longitudinal, crianças de 8 anos cujo ambiente doméstico era cognitivamente estimulante tinham maior motivação intrínseca para o aprendizado acadêmico nas idades de 9, 10 e 13 anos do que crianças que viviam em lares menos estimulantes. Isso se somava aos efeitos da condição socioeconômica.

Entre as crianças afro-americanas de baixa renda que freqüentavam a pré-escola de Perry (ver Capítulos 7 e 12), algumas se saíram muito melhor na escola - e na vida

adulta - do que outras. Um fator importante no êxito de seus filhos mais bem-sucedidos era a influência positiva dos pais que davam alto valor à educação e que os ajudavam a superar obstáculos para sua obtenção. As expectativas dos pais em relação aos filhos também parecia desempenhar um papel importante, embora seja difícil saber se as crianças se saíram bem porque seus pais esperavam isso delas ou se os pais esperavam mais das crianças que demonstravam ter potencial para se saírem bem (Luster e McAdoo, 1996).

Expectativas dos Professores

Segundo o princípio da **profecia autodeterminada**, as crianças correspondem às expectativas - positivas ou negativas - que as outras pessoas têm em relação a elas. Na experiência da "Escola Oak", os professores foram falsamente informados no início do ano letivo de que alguns alunos haviam demonstrado um potencial incomum para desenvolvimento cognitivo, quando, na verdade, essas crianças haviam sido escolhidas a esmo. Mesmo assim, alguns meses depois, muitas delas apresentaram crescimentos extraordinários de QI (Rosenthal e Jacobson, 1968).

Análises posteriores lançam dúvidas sobre o poder da profecia autodeterminada, mostrando que seus efeitos, em média, são pequenos. Mesmo assim, sob certas condições, as expectativas dos professores podem - e de fato funcionam - como profecias autodeterminadas (Jussim, Eccles e Madon, 1996). É por isso que os primeiros registros no histórico de um aluno podem ser tão importantes. O desempenho pode tornar-se autopropagador por alimentar as expectativas do professor, as quais, por sua vez, influenciam o desempenho do aluno à medida que a criança passa de classe para classe (Entwistle e Alexander, 1998).

Alunos com fraco desempenho são especialmente sensíveis à influência das percepções positivas dos professores. Em um estudo com 1.539 alunos de matemática de 6ª série no sudeste de Michigan, os alunos com mau desempenho cujos professores superestimaram sua capacidade em relação a seu histórico fizeram considerável progresso em testes de desempenho aplicados na 7ª série (Madon, Jussim e Eccles, 1997).

Sistema Educacional

Como a escola pode melhor estimular o desenvolvimento das crianças? Concepções conflitantes, juntamente com fatos históricos, trouxeram grandes mudanças na teoria e na prática educacionais durante o século XX. O programa de ensino tradicional, centrado na leitura, na escrita e na aritmética, primeiramente deu lugar aos métodos "centrados na criança", que se concentravam nos interesses da criança e, depois, durante o final da década de 1950, a uma ênfase na ciência e na matemática com o intuito de superar a liderança da União Soviética na corrida espacial. Durante os turbulentos anos de 1960 e de 1970, os estudos rigorosos foram substituídos pela aprendizagem dirigida pelo aluno, pelas disciplinas eletivas e pelas "salas de aula abertas", em que as crianças escolhiam suas próprias atividades. Depois, o declínio nos resultados dos alunos do ensino médio no Teste de Aptidão Escolástica em meados dos anos de 1970 remeteu as escolas de volta às "disciplinas básicas". Na década de 1980, uma série de comissões governamentais e educacionais propuseram planos de melhoria, que incluíam desde o aumento dos deveres de casa e o prolongamento do dia escolar até uma total reorganização das escolas e dos programas de ensino.

Hoje, muitos educadores recomendam ensinar as crianças das primeiras séries de uma forma que integre as áreas disciplinares e baseie-se nos interesses e nos talentos naturais das crianças: ensinar a ler e a escrever, por exemplo, no contexto de um projeto de estudos sociais, ou ensinar conceitos matemáticos através do estudo da música. Esses educadores valorizam os projetos cooperativos, a resolução prática de problemas e a íntima cooperação entre pais e professores (Rescorla, 1991).

Muitos educadores contemporâneos também enfatizam uma quarta habilidade: raciocinar. As crianças que aprendem habilidades de raciocínio no contexto de disciplinas acadêmicas se saem melhor nos testes de inteligência e na escola (Feldman, 1986; Sternberg, 1984, 1985a, 1985c). A pesquisa sobre a teoria triárquica de Sternberg sugere que os alunos aprendem mais quando ensinados de diversas formas, enfatizando-se as habilidades criativas e práticas, assim como a memorização e o pensamento crítico (Sternberg, Torff e Grigorenko, 1997, citado em Sternberg, 1997).

profecia autodeterminada
Falsa expectativa ou predição de comportamento que tende a se concretizar porque leva as pessoas a agirem como se ela já fosse verdade.

Pense sobre isso...

- Que abordagem educacional você recomenda para as crianças das primeiras séries: instrução nas "disciplinas básicas" ou um programa mais flexível, centrado na criança, ou um misto dos dois?

promoção social

Sistema em que os alunos são automaticamente promovidos de uma série para outra, mesmo que não satisfaçam os padrões acadêmicos da série que estão concluindo.

VERIFICADOR _____**Você é capaz de...**

- ✓ Explicar como as crenças e as práticas educativas podem influenciar o êxito na escola?
- ✓ Discutir o impacto da condição socioeconômica sobre o desempenho do aluno na escola?
- ✓ Avaliar os efeitos das percepções e das expectativas dos professores?
- ✓ Esboçar as principais mudanças na filosofia e na prática educacional durante século XX?

As opiniões sobre o dever de casa sofreram mudanças que refletem as alterações na filosofia educacional recém-descrita. Os defensores do dever de casa o vêem como um modo importante de disciplinar as mentes das crianças e de desenvolver bons hábitos de trabalho, bem como cobrir mais material do que é possível apenas em sala de aula. Os proponentes da educação centrada na criança alegam que o excesso de deveres de casa pressiona excessivamente as crianças e tolhe-as das atividades empreendidas por iniciativa própria.

Em uma pesquisa com 709 alunos do ensino fundamental e médio (exceto de 1ª série) e com seus professores, houve um forte relação entre o desempenho dos alunos de séries mais adiantadas e a quantidade de dever de casa que fizeram (mas não a quantidade que o professor solicitou). A relação entre dever de casa executado e desempenho era mais fraca para crianças de séries mais baixas. Quanto mais deveres de casa as crianças pequenas recebiam, mais negativas eram suas atitudes perante ele; na verdade, cerca de um terço dos alunos de classes mais baixas disseram que normalmente não terminavam os deveres de casa. Também nas séries mais avançadas, os alunos que recebiam tarefas volumosas tendiam a não concluí-las. Essas descobertas sugerem que o dever de casa tem valor moderado, mas que os professores devem levar em conta o nível de desenvolvimento dos alunos. Alunos de sexta série são mais capazes de assumir a responsabilidade pela execução de seu próprio dever de casa do que alunos de 2ª série (Cooper et al., 1998).

Quando, em 1996, as escolas públicas de Chicago extinguiram a **promoção social** - a prática de promover crianças que não satisfazem os padrões acadêmicos -, muitos observadores aplaudiram a mudança, a qual fazia parte de um esforço generalizado para melhorar o desempenho nas escolas da cidade. Entretanto, alguns educadores alegam que forçar os estudantes reprovados a freqüentar a escola no verão ou a repetir de série - política que poderia afetar até 15% dos alunos em algumas escolas urbanas - é uma solução ruim (Bronner, 1999). Embora em alguns casos a retenção possa funcionar de "aviso para acordar", na maioria das vezes, ela é o primeiro passo de um caminho que conduz a menores expectativas, mau desempenho e, por fim, evasão escolar (Fields e Smith, 1998; McLeskey, Lnacaster e Grizzle, 1995). Diversos países com sistemas educacionais de alta reputação, como a Dinamarca, a Suécia, a Noruega, o Japão e a Coréia do Sul, possuem sistemas de promoção automática. Muitos educadores dizem que a única solução real para uma elevada taxa de reprovação é identificar com antecedência os alunos em risco e intervir *antes* que eles sejam reprovados (Bronner, 1999).

Saber utilizar um computador e navegar na internet estão tornando-se essenciais nas salas de aula, abrindo novas possibilidades de instrução individualizada, comunicação mundial e primeiro treinamento em habilidades de pesquisa independente. Sobre a Lei de Telecomunicações de 1997, a Comissão Federal Norte-Americana de Comunicações alocou 2,25 bilhões de dólares para ajudar as escolas a adquirirem os equipamentos necessários para tornar o acesso à internet universal nas salas de aula uma realidade. Contudo, esse novo instrumento tem perigos. Além do risco de exposição a material prejudicial ou inadequado, o que envolve questões de censura, existe a necessidade de ensinar os alunos a avaliarem criticamente as informações que encontram no ciberespaço (algumas das quais imprecisas) e separar fatos de opinião e de propaganda (Lee, 1998). Um foco na "alfabetização visual" pode desviar os recursos financeiros de outras áreas do programa de ensino. O uso de computadores não necessariamente melhora as habilidades básicas. Em um importante exame internacional de matemática e ciência, alunos de 4ª série de sete outros países entre um total de 26 superaram significativamente os alunos norte-americanos na disciplina de matemática, e professores de cinco desses países informaram que os alunos nunca ou quase nunca utilizavam computadores em aula (Mullis et al., 1997).

Cultura

Por que tantos alunos de origem asiática apresentam um desempenho tão bom na escola? As influências culturais nos países de origem dessas crianças, as quais se transmitem aos filhos da geração imigrante, podem conter a explicação.

As práticas educacionais nas sociedades do leste asiático diferem muito das dos Estados Unidos (Song e Ginsburg, 1987; Stevenson, 1995; Stigler, Lee e Stevenson, 1987). O ano e o dia letivos são mais longos, e o currículo é estabelecido centralmente. As turmas são maiores (com aproximadamente 40 a 50 alunos), e os professores passam



Crianças de origem asiática costumam se sair melhor na escola do que outras crianças norte-americanas. Os motivos parecem ser culturais, e não genéticos.

mais tempo ensinando o grupo inteiro, ao passo que as crianças norte-americanas passam mais tempo trabalhando sozinhas ou em pequenos grupos e, assim, recebem mais atenção individual-mas menos instrução total.

Embora as culturas asiáticas variem muito, as culturas do leste asiático compartilham de certos valores que promovem o êxito educacional, como a obediência, a responsabilidade e o respeito pelos idosos (Chao, 1994). No Japão, o ingresso de uma criança na escola é uma ocasião importante para comemoração. Pais japoneses e coreanos passam muito tempo ajudando as crianças com as tarefas da escola. As crianças japonesas que não acompanham o conteúdo recebem aulas particulares ou freqüentam *jukus* - escolas particulares de recuperação e de enriquecimento (McKinney, 1987; Song e Ginsburg, 1987).

As mães chinesas e japonesas consideram o desempenho acadêmico como a atividade mais importante da criança (Stevenson, 1995; Stevenson, Chen e Lee, 1993; Stevenson, Lee, Chen e Lummis, 1990; Stevenson, Lee, Chen, Stigler et al., 1990). Os filhos delas passam mais tempo fazendo os deveres, gostam mais deles e recebem mais ajuda dos pais do que as crianças norte-americanas (Chen e Stevenson, 1989). Enquanto os estudantes norte-americanos socializam-se depois da escola e participam de esportes e de outras atividades, os estudantes orientais dedicam-se praticamente apenas aos estudos (Fuligni e Stevenson, 1995; Stevenson, 1995; Stevenson et al., 1993). Os pais asiáticos transmitem a atitude de que aprender tem valor, que o domínio dos conteúdos traz satisfação e que o esforço é mais importante do que a aptidão; seus filhos são altamente motivados a obter bons resultados (Stevenson, 1995).

Muitas famílias americanas asiáticas vêem a educação como a melhor forma de ascensão (Chao, 1996; Sue e Okazaki, 1990). Os pais norte-americanos de origem asiática são fortemente motivados a garantir que seus filhos sejam bem-sucedidos na escola. Isso significa ensinar-lhes desde cedo os valores do esforço e da disciplina, ensinar habilidades específicas, supervisionar os deveres de casa e, se necessário, impulsioná-los para se destacarem. O êxito escolar da criança é tido como o objetivo primordial dos pais (Chao, 1994, 1996; Huntsinger e Jose, 1995).

Evidentemente, à medida que as crianças norte-americanas asiáticas crescerem na cultura norte-americana e absorverem seus valores, suas atitudes em relação à aprendizagem podem mudar (Chen e Stevenson, 1995). A influência da cultura asiática pode se enfraquecer de uma geração para a outra. A pesquisa sobre norte-americanos asiáticos de segunda, terceira e quarta geração pode ajudar a determinar as influências culturais sobre o desempenho educacional.

Em oposição à experiência de norte-americanos asiáticos, algumas crianças minoritárias cujas culturas valorizam tipos de comportamento que diferem dos valorizados pela cultura dominante encontram-se em desvantagem na escola (Helms, 1992; Tharp,

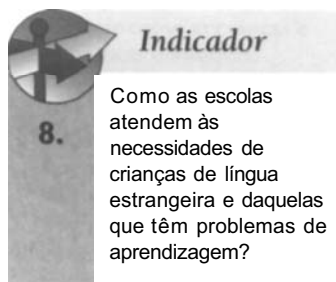
1989). O Kamehameha Early Education Program (KEEP) produziu melhoras significativas no desempenho cognitivo de alunos havaianos de 1ª série pela elaboração de programas educacionais ajustados aos padrões culturais. Enquanto os alunos de turmas normais obtêm resultados muito baixos em testes de desempenho-padrão, os alunos de turmas do KEEP aproximam-se das normas norte-americanas. Um programa KEEP também foi implantado na reserva Navajo, no norte do Arizona. As questões abordadas pelo KEEP são as seguintes (Tharp, 1989):

- *Organização da sala de aula:* Como a cultura havaiana valoriza a colaboração, a cooperação e o desempenho assistido, as crianças são colocadas em pequenos grupos de quatro a cinco alunos, que ensinam e aprendem continuamente uns com os outros. Para crianças navajo, treinadas para auto-suficiência e separadas de acordo com o sexo desde aproximadamente os 8 anos, os grupos funcionam melhor com duas ou três crianças do mesmo sexo.
- *Ajustes para estilos de linguagem:* Os havaianos costumam sobrepor a fala uns dos outros, estilo de interação social que professores não-havaianos tendem a interpretar como rude. Em contraste, os navajos falam devagar, com pausas de silêncio freqüentes. Professores de outras culturas costumam interromper, erroneamente interpretando essas pausas como indicação do término de uma resposta. Quando os professores adaptam seu modo de falar ao dos alunos, eles participam mais livremente da aula.
- *Ajustes para estilos de aprendizagem:* Enquanto o ensino ocidental enfatiza o pensamento verbal e o analítico, os indígenas norte-americanos tendem a pensar com padrões visuais holísticos e a aprender por imitação, com pouca instrução verbal. Em oposição à típica prática norte-americana de ensino, os pais norte-americanos nativos esperam que as crianças ouçam uma história inteira sem interrupção antes de conversar sobre ela. Os professores podem ajudar as crianças reconhecendo estilos de aprendizagem culturalmente diferentes e ajudando as crianças a adaptarem-se a um estilo desconhecido.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar o desempenho superior de crianças de origem asiática e identificar formas de lidar com as diferenças culturais na sala de aula?



imersão no inglês

Abordagem de ensino de inglês como segunda língua em que a instrução é apresentada somente em inglês desde o início da educação formal.

educação bilíngüe

Sistema de ensino para crianças de origem estrangeira em dois idiomas - sua língua materna e o inglês - e, posteriormente, mudando para instrução integral em inglês, quando as crianças desenvolverem fluência suficiente nessa língua.

bilíngüe

Fluente em dois idiomas.

Educação em Segunda Língua

Entre 1979 e 1995, com o aumento da imigração, o número de alunos nos Estados Unidos com dificuldade para falar inglês quase duplicou, de 1,25 milhões para 2,4 milhões (National Center for Education Statistics [NCES], 1997). Um dos objetivos da Lei Federal de Oportunidades Iguais de Educação é que alunos de língua estrangeira aprendam inglês suficientemente bem para competir academicamente com falantes nativos do inglês. Qual é a melhor forma de fazer isso?

Algumas escolas utilizam uma abordagem de **imersão no inglês** (às vezes, chamada de ISL ou Inglês como Segunda Língua), em que crianças de minorias culturais são imersas no inglês desde o início em classes especiais de meio turno ou em tempo integral. Outras escolas adotam programas de **educação bilíngüe**, nas quais os alunos aprendem em duas línguas, primeiro estudando as disciplinas acadêmicas em sua língua materna e depois mudando para o inglês quando se tornam mais proficientes nele. Esses programas podem estimular as crianças a se tornarem **bilíngües** (fluentes em duas línguas) e sentirem orgulho de sua identidade cultural.

Os partidários da imersão precoce no inglês dizem que, quanto mais cedo as crianças são expostas ao inglês e quanto mais tempo passam falando-o, melhor aprendem a língua (Rossel e Ross, 1986). Essa concepção pareceria ser apoiada pela descoberta de que o aprendizado de uma segunda língua diminui da segunda infância até o final da adolescência (Newport, 1991). Por outro lado, os proponentes dos programas bilíngües afirmam que as crianças progridem academicamente melhor em sua língua nativa e que posteriormente façam uma transição mais suave para as aulas ministradas integralmente em inglês (Padilla et al., 1991). Alguns educadores sustentam que o ensino ministrado apenas em inglês impede o desenvolvimento cognitivo das crianças; como as crianças de língua estrangeira inicialmente só conseguem entender um inglês simples, o currículo precisa ser diluído, e as crianças ficam menos preparadas para posteriormente lidar com conteúdos mais complexos (Collier, 1995).



Os partidários da instrução bilíngüe afirmam que as crianças que aprendem em sua língua materna e em inglês, como estes alunos de 4ª série, apresentam melhor progresso acadêmico do que se estudassem apenas em inglês.

As descobertas sobre o êxito relativo dessas abordagens são mistas. Além disso, até pouco tempo a maioria dos estudos concentrava-se somente no quanto as crianças aprendem inglês, e não em seu desempenho na escola e na sociedade (Hakuta e Garcia, 1989). Hoje, pesquisas de ampla escala sobre o desempenho acadêmico a longo prazo de crianças em programas de segunda língua de alta qualidade oferecem forte sustentação para uma abordagem bilíngüe (Collier, 1995; Thomas e Colher, 1995).

Pesquisadores examinaram os históricos escolares de 42 mil alunos de língua estrangeira de cinco regiões nos Estados Unidos e compararam seus resultados em testes de desempenho padronizados e suas notas médias com as de falantes nativos do inglês. Nas séries do ensino fundamental, o tipo de linguagem de ensino fazia pouca diferença, mas, a partir da 7ª série, as diferenças eram acentuadas. Os alunos que haviam permanecido em programas bilíngües pelo menos até a 6ª série nivelavam-se ou até superavam os falantes nativos de inglês, ao passo que o desempenho relativo dos que haviam participado de programas de imersão começou a diminuir. Ao final do ensino médio, os que participavam de programas de imersão em segunda língua em meio turno - a modalidade menos bem-sucedida - estavam atrás de 80% dos falantes nativos do inglês de mesma idade.

Existe uma terceira abordagem, menos comum e mais bem-sucedida: a **aprendizagem bidirecional (em duas línguas)**, na qual crianças falantes do inglês e de língua estrangeira aprendem juntas em sua própria língua e na dos colegas. Essa abordagem evita a necessidade de colocar as crianças de minorias em turmas separadas. Ao dar a ambas as línguas o mesmo valor, ela ajuda a construir a auto-estima e assim melhorar o desempenho na escola. Uma vantagem adicional é que os falantes do inglês aprendem uma língua estrangeira em idade precoce, período em que a aprendem com mais facilidade (Collier, 1995; Thomas e Collier, 1995).

Essas descobertas repetem descobertas anteriores: quanto mais proficientes em duas línguas são as crianças, melhor é seu desempenho cognitivo - contanto que o bilingüismo seja valorizado na escola e a segunda língua seja acrescida sem prejudicar a primeira (Diaz, 1983; Padilla et al., 1991). Saber um idioma não prejudica o aprendizado de um segundo, e aprender o segundo não tira a fluência de uma criança no primeiro (Hakuta, Ferdman e Diza, 1987; Hakuta e Garcia, 1989). Como mencionamos no Capítulo 5, a mudança de código parece ocorrer espontaneamente nas crianças; elas aprendem desde cedo, por exemplo, a falar de modo diferente com os pais e com os amigos. Quando o bilingüismo ascende ao nível de proficiência na leitura e na escrita em duas línguas, tornando possível a plena participação em ambas as culturas, vemos os efeitos mais positivos (Huang, 1995).

aprendizagem bidirecional (em duas línguas)

Abordagem de educação em segunda língua em que os falantes de inglês e de língua estrangeira aprendem em sua própria língua e na língua dos colegas.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever e avaliar os diversos tipos de educação em segunda língua?

Pense sobre isso . . .

- Com base nas descrições apresentadas nesta seção, que abordagem de educação em segunda língua você favorece?

retardo mental

Funcionamento cognitivo significativamente abaixo do normal.

Crianças com Problemas de Aprendizagem

Além de se tornarem mais sensíveis ao ensino de crianças com experiências culturais diversas, os educadores também procuraram atender as necessidades de crianças com necessidades educacionais especiais. Três das fontes mais comuns de problemas de aprendizagem são o retardo mental, os transtornos de déficit de atenção e os transtornos de aprendizagem.

Retardo Mental

O **retardo mental** é um funcionamento cognitivo significativamente abaixo do normal. Ele é indicado por um QI igual ou menor do que 70, aliado a uma deficiência no comportamento adaptativo apropriado à idade (como, por exemplo, na comunicação, nas habilidades sociais e no cuidado de si mesmo), aparecendo antes dos 18 anos. O QI sozinho não é suficiente para o diagnóstico; o componente comportamental também é importante. Cerca de 1% da população norte-americana apresenta retardo mental; aproximadamente três meninos são afetados para cada duas meninas (APA, 1994).

Pessoas com leve retardo e aquelas consideradas limitrofes (com QI de 70 a aproximadamente 85) podem ter empregos e funcionar razoavelmente bem em sociedade. As que apresentam grave retardo mental necessitam de cuidado e de supervisão constante, geralmente em instituições.

Em aproximadamente 30 a 40% dos casos, a causa do retardo mental é desconhecida. Causas conhecidas incluem problemas no desenvolvimento embrionário, tal como aqueles causados pelo uso de drogas ou de álcool pela gestante (30%); transtornos mentais, como o autismo; influências ambientais, como deficiências de nutrição (15 a 20%); problemas na gravidez e no parto, como desnutrição fetal ou trauma no nascimento (10%); condições hereditárias, como doença de Tay-Sachs (5%); problemas de saúde na infância, como trauma ou envenenamento por chumbo (5%) (APA, 1994). Muitos casos de retardo podem ser evitáveis através de medidas como aconselhamento genético, assistência pré-natal, amniocentese, triagem e assistência médica de rotina para recém-nascidos e de serviços nutricionais para gestantes e bebês.

Com um ambiente inicial favorável e estimulante e com auxílio e orientação constantes, muitas crianças com retardo mental podem esperar um resultado razoavelmente bom. Programas de intervenção têm ajudado pessoas com retardo leve ou moderado a ser mais independentes e a viver na comunidade. Centros de assistência diurna, albergues para adultos com esse tipo de problema e serviços domésticos para famílias que cuidam de crianças com retardo são alternativas mais acessíveis financeiramente e humanas para a assistência institucional. A maioria das crianças retardadas pode beneficiar-se com um ensino escolar que lhes permita tornarem-se membros contribuintes da sociedade da melhor forma possível.

Deficiências de Aprendizagem

Nelson Rockefeller, ex-vice-presidente dos Estados Unidos, tinha tantos problemas de leitura que improvisava seus discursos em vez de lê-los. Rockefeller é uma entre as muitas pessoas eminentes, como o General George Patton, herói da Segunda Guerra Mundial, o inventor Thomas Edison e a atriz Whoopi Goldberg, que pareciam sofrer de **dislexia**, um transtorno no desenvolvimento da leitura em que o desempenho nesse quesito está significativamente abaixo do nível previsto pelo QI ou pela idade.

A dislexia é uma entre o grande número de **deficiências de aprendizagem (DA)** mais comumente diagnosticadas, transtornos que interferem em aspectos específicos do desempenho escolar, o qual resulta substancialmente inferior ao que se esperaria considerando-se a idade, a inteligência e o nível de instrução de uma criança (APA, 1994). O número de crianças classificadas como portadoras de deficiência de aprendizagem é cada vez maior - 2,6 milhões no ano letivo de 1995-1996 (Snyder, Hoffman e Geddes, 1997). Crianças com deficiência de linguagem, muitas vezes, têm inteligência próxima ou acima da média e visão e audição normais, mas parecem ter problemas de processamento de informações. Tendem a ser menos orientadas a tarefas e a se distrair com mais facilidade do que outras crianças; são menos organizadas como aprendizes e têm menos tendência a utilizar estratégias mnemônicas (Feegans, 1983). As deficiências de aprendizagem podem ter efeitos devastadores na auto-estima, bem como no boletim escolar.

dislexia

Transtorno do desenvolvimento em que o desempenho na leitura é significativamente abaixo do nível previsto pelo QI ou pela idade.

deficiências de aprendizagem (DA)

Transtornos que interferem em aspectos específicos da aprendizagem e do desempenho escolar.



Crianças com dislexia têm problemas de leitura de e escrita e, muitas vezes, também de aritmética, porque podem confundir acima e abaixo e esquerda e direita. A dislexia pode fazer parte de uma deficiência de linguagem mais geral.

Quatro a cada cinco crianças com deficiências de aprendizagem sofrem de dislexia. As estimativas de sua prevalência variam de 5 a 17,5% da população escolar; ela parece afetar meninos e meninas da mesma maneira. Embora alguns observadores afirmem que o que se parece com dislexia, muitas vezes, é resultado de mau ensino, hoje ela é geralmente considerada um problema de saúde crônico e persistente. É hereditária e está no sangue (Shaywitz, 1998).

Acredita-se que a maioria dos casos de dislexia são resultado de um defeito neurológico no processamento dos sons da fala: uma incapacidade de reconhecer que as palavras consistem de unidades menores de som, que são representadas por letras impressas. Esse defeito no processamento fonológico torna difícil decodificar as palavras, mas geralmente não afeta a compreensão. Crianças disléxicas também podem ter deficiências na memória verbal de curto prazo e em outras habilidades lingüísticas e cognitivas (Morris et al., 1998; Shaywitz, 1998).

Imagens cerebrais revelaram diferenças nas regiões cerebrais ativadas durante tarefas fonológicas em leitores disléxicos comparados com leitores normais (Horwitz, Rumsey e Donohue, 1998; Shaywitz et al., 1998). Em um desses estudos, para realizar tarefas lingüísticas, meninos disléxicos utilizaram uma área cerebral cinco vezes maior que a utilizada por meninos que não sofrem de dislexia. Os pesquisadores também constataram diferenças químicas no funcionamento cerebral (Richards et al., 1999).

A dislexia não desaparece. Embora as crianças disléxicas possam ser ensinadas a ler através de treinamento fonológico sistemático, o processo nunca se torna automático, como ocorre com a maioria dos leitores (Shaywitz, 1998).

As deficiências matemáticas envolvem dificuldade para contar, para comparar números, para calcular e para recordar fatos aritméticos básicos. Cada uma dessas atividades pode envolver deficiências distintas. Uma das causas pode ser um déficit neurológico. Evidentemente, nem todas as crianças que têm problemas de aritmética sofrem de deficiência de aprendizagem. Algumas delas não tiveram instrução correta, são ansiosas ou têm dificuldade para ler ou ouvir instruções, carecem de motivação para aprender matemática, ou possuem um transtorno de desenvolvimento, o qual posteriormente desaparece (Geary 1993; Ginsburg, 1997; Roush, 1995).

Hiperatividade e Déficit de Atenção

O **transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)** é o transtorno de comportamento mais comumente diagnosticado em crianças (National Institutes of Health [NIH], 1998), afetando de 2 a 11% ou mais das crianças de idade escolar em todo o mundo (Zametkin e Ernst, 1999) e 3 a 5% nos Estados Unidos (NIH, 1998). Ele se caracteriza por persistente desatenção, distração, impulsividade, baixa tolerância à frustração e excesso de atividade no momento e no lugar errados, como, por exemplo, na sala de aula (ARA, 1994).

transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

Síndrome caracterizada por persistente desatenção e distração, impulsividade, baixa tolerância à frustração e inadequado excesso de atividade.

O transtorno consiste de uma combinação de dois conjuntos diferentes de sintomas. Algumas crianças são desatentas, mas não hiperativas; outras apresentam o padrão inverso. Entretanto, em 85% dos casos, os dois tipos de comportamento ocorrem junto (Barkley, 1998a). Essas características aparecem em alguma medida na maioria das crianças; existe motivo para preocupação quando elas são muito freqüentes e tão graves que prejudicam o funcionamento da criança na escola e na vida cotidiana (AAP Committee on Children with Disabilities and Committee on Drugs, 1996; Barkley, 1998b). Os meninos têm pelo menos três vezes mais chances de serem diagnosticados que as meninas, talvez porque o comportamento dos meninos possa ser mais destrutivo (Barkley, 1998b; Zametkin e Ernst, 1999). Mais de uma a cada quatro crianças com deficiências de aprendizagem também têm TDAH (Roush, 1995; Zametkin, 1995).

O TDAH tem forte base genética, com herdabilidade próxima de 80% (APA, 1994; Barkley, 1998b; Elia, Ambrosini e Rapoport, 1999; Zametkin, 1995; Zametkin e Ernst, 1999). Outros fatores que podem contribuir para o TDAH incluem nascimento prematuro, uso de álcool ou de tabaco pela gestante, exposição a níveis elevados de chumbo e danos cerebrais (Barkley, 1998b). A pesquisa não comprovou a ligação entre TDAH e aditivos alimentícios, como corantes e aromatizantes artificiais e o substituto do açúcar chamado aspartame - e tampouco o próprio açúcar (Barkley, 1998b; B. A. Shaywitz et al., 1994; Zametkin, 1995).

Estudos de imagem cerebral sugerem que as crianças com TDAH possuem estruturas cerebrais extraordinariamente pequenas na córtex pré-frontal e nos gânglios basais, regiões que inibem impulsos e regulam a atenção e o autocontrole (ver Figura 4-6). Alterações genéticas nessas estruturas podem diminuir ou retardar a realização de quatro funções cognitivas essenciais: guardar informações na memória de operação, internalizar a fala dirigida a si próprio, controlar as emoções e a motivação e analisar e sintetizar comportamentos de novas formas para perseguir objetivos. As crianças com TDAH tendem a esquecer responsabilidades, falar alto em vez de orientar-se silenciosamente, frustrar-se ou encolerizar-se com facilidade e desistir quando não sabem como resolver um problema. Pais e professores podem ajudar crianças que sofrem de TDAH proporcionando-lhes um ambiente estruturado: subdividindo as tarefas, fazendo lembretes freqüentes sobre regras e tempo e dando recompensas imediatas por pequenas realizações (Barkley, 1998b).

Embora os sintomas tendam a diminuir com a idade, o TDAH costuma persistir até a adolescência e a idade adulta e, se não for tratado, pode acarretar excesso de ferimentos, problemas acadêmicos, comportamento anti-social, condução perigosa de veículos e abuso de substâncias (Barkley, 1998b; Barkley, Murphy e Kwasnik, 1996; Elia et al., 1999; McGee, Partridge, Williams e Silva, 1991; NIH, 1998; Wender, 1995; Zametkin, 1995). O TDAH geralmente é tratado com medicamentos, às vezes, associados a terapia comportamental (ver Capítulo 2), a aconselhamento, a treinamento em habilidades sociais e à colocação em turmas especiais. Estimulantes como a Ritalina*, utilizados em doses corretas, parecem seguros e eficazes a curto prazo, mas seus efeitos a longo prazo ainda são desconhecidos (NIH, 1998; Rodrigues, 1999). Esses medicamentos podem melhorar radicalmente a concentração e o comportamento (AAP Committee on Children with Disabilities and Committee on Drugs, 1996; Elia et al., 1999; NIH, 1998; Zametkin, 1995; Zametkin e Ernst, 1999).

Um estudo randomizado de 14 meses com 579 crianças com TDAH, conduzido por pesquisadores de seis universidades reunidas pelos Institutos Nacionais de Saúde, constatou que um programa minuciosamente monitorado de tratamento com Ritalina, sozinha ou associada à modificação de comportamento, é mais eficaz do que a terapia comportamental sozinha ou a assistência comunitária padrão. Em algumas crianças com problemas relacionados, como depressão, ansiedade e comportamento destrutivo, o tratamento combinado era mais benéfico e, às vezes, produzia melhoras no desempenho escolar, nos relacionamentos com os pais e nas habilidades sociais (MTA Cooperative Group, 1999).

Educação de Crianças com Deficiências

A Lei de Educação para Indivíduos com Deficiências (IDEA) garante uma educação pública gratuita adequada para todas as crianças portadoras de deficiência nos Esta-

* N. de R. T.: Ritalina é o nome comercial. O nome genérico é metilfenidato (esse medicamento genérico está disponível, no Brasil, em alguns postos de saúde pelo SUS).

dos Unidos. Mais da metade (51%) das crianças beneficiadas sofrem de deficiências de aprendizagem, 22% têm deficiências de linguagem, 11% apresentam retardo mental e 9% possuem graves distúrbios emocionais (Terman, Larner, Stevenson e Behrman, 1996).

De acordo com a legislação, um programa individualizado deve ser criado para cada criança, com envolvimento dos pais. As crianças devem ser educadas no "ambiente menos restritivo" apropriado para suas necessidades: isso significa, sempre que possível, uma sala de aula normal. Muitos desses alunos podem ser atendidos por programas de "inclusão", nos quais são integrados com crianças sem deficiências durante o dia inteiro ou parte dele. A inclusão pode ajudar os portadores de deficiência a aprenderem a se relacionar em sociedade e pode permitir que crianças não-deficientes conheçam e compreendam as portadoras de deficiência.

Um problema potencial em relação à inclusão é que as crianças com deficiências de aprendizagem podem ser avaliadas por padrões irrealistas, fazendo com que sejam reprovadas e obrigadas a repetir de série. Isso já aconteceu em larga escala em algumas escolas, apesar das evidências de que a reprovação é ineficaz mesmo com crianças de capacidade normal (McLeskey et al., 1995).

Crianças Superdotadas

O *talento*, como a inteligência, é difícil de definir e de medir. Os educadores discordam sobre quem se qualifica como superdotado e com que base e sobre os tipos de programas educacionais de que essas crianças necessitam. Outra fonte de confusão é que a criatividade e o talento artístico, às vezes, são vistos como aspectos ou tipos de talento e, às vezes, como independentes dele (Hunsaker e Callahan, 1995).

Identificando as Crianças Superdotadas

O critério tradicional para definir quem é superdotado é uma inteligência geral elevada, indicada por um QI igual ou superior a 130. Essa definição tende a excluir crianças altamente criativas (cujas respostas inusitadas costumam diminuir seus resultados nos testes), crianças de grupos minoritários (cujas habilidades podem não estar bem desenvolvidas, ainda que o potencial esteja presente) e crianças com aptidões específicas (que podem ser apenas medianas ou até apresentar problemas de aprendizagem em outras áreas). Consequentemente, a maioria dos Estados e dos distritos escolares adotaram uma definição mais ampla, a qual inclui crianças que demonstraram alto *potencial* ou *desempenho* em um ou mais dos seguintes aspectos: intelecto geral, aptidão específica (como em matemática ou ciência), pensamento criativo ou produtivo, liderança, talento nas artes (como pintura, escrita, música ou interpretação) e capacidade psicomotora (Cassidy e Hossler, 1992). Muitos distritos escolares hoje utilizam múltiplos critérios para admissão em programas para superdotados, os quais incluem escores em testes de desempenho, desempenho em sala de aula, produção criativa, indicação dos pais e de professores e entrevistas com os alunos; contudo, o QI continua sendo um fator importante, às vezes determinante (Reis, 1989).

A Vida de Crianças Superdotadas

Um estudo longitudinal clássico de crianças superdotadas foi iniciado em 1921, quando Lewis M. Terman (que levou o teste de inteligência de Binet para os Estados Unidos) identificou mais de 1.500 crianças californianas com QI igual ou superior a 135. O estudo destruiu o estereótipo comum da criança brilhante como um "rato de biblioteca", pálido e franzino. Essas crianças eram mais altas, mais saudáveis, mais bem adaptadas, mais populares e tinham melhor coordenação motora do que a média das crianças (Wallach e Kogan, 1965), e sua superioridade cognitiva, escolarística e vocacional manteve-se por quase 80 anos. Elas tinham 10 vezes mais chances do que um grupo de comparação de serem diplomadas em um curso superior e três vezes mais chances de serem eleitas para sociedades honoríficas como a Phi Beta Kappa. Na meia-idade, tinham grande representação em listas como a *Who's Who in America*. Quase 90% dos homens tinham profissões que exigem curso superior, ou ocupavam cargos administrativos hierarquicamente superiores, e as mulheres também se destacavam, em uma época em que havia muito menos ênfase na carreira para mulheres do que hoje (Terman e Oden, 1959). (No Capítulo 17, discutiremos as descobertas sobre o grupo de Terman na terceira idade.)

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever as causas e os prognósticos para três tipos comuns de problemas que prejudicam a aprendizagem?
- ✓ Discutir o impacto das leis federais para a educação de crianças com deficiências?



Indicador

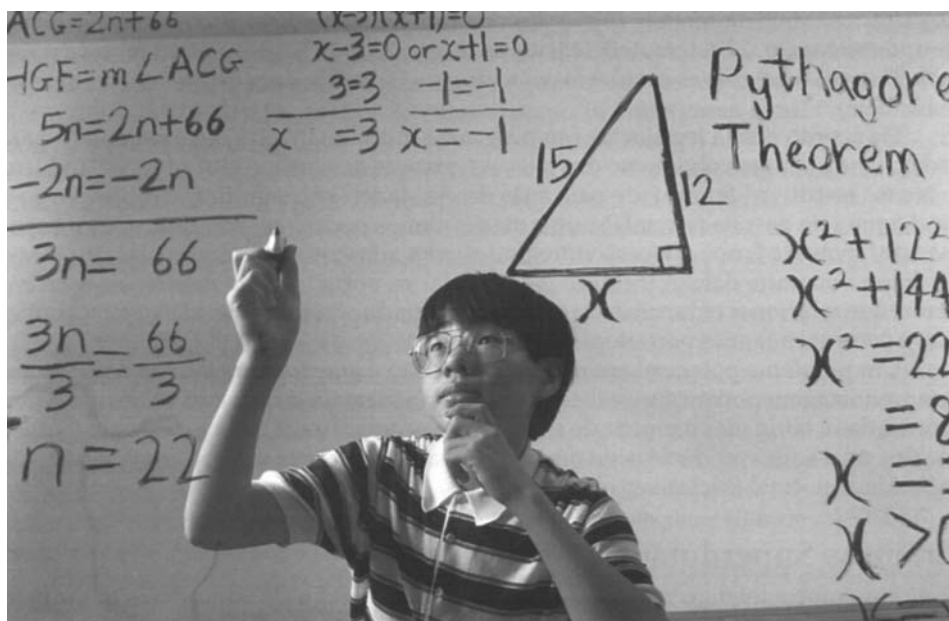
Como os superdotados são avaliados e estimulados?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar como são identificadas as crianças superdotadas?

Mahito Takahashi, de New Jersey, obteve escore máximo em uma Olimpíada Mundial de Matemática e conquistou quase 200 outros prêmios. Equilibradamente talentoso, faz parte de um coral de câmara e participou como ator em uma produção de *Romeu e Julieta*, de Shakespeare, na escola. O segredo para ajudar essas crianças a realizar está em reconhecer e nutrir seus talentos naturais.



Por outro lado, ninguém na amostra de Terman tornou-se um Einstein ao crescer, e os que tinham QI mais alto não se tornaram mais ilustres do que os que eram apenas moderadamente superdotados. Essa ausência de correlação íntima entre talento na infância e eminência na idade adulta foi confirmada por pesquisas posteriores (Winner, 1997). Embora a maioria das crianças superdotadas seja altamente motivadas, elas podem carecer do ímpeto insaciável e "furioso impulso para compreender" (Michemore, 1962, p. 24) que caracterizam um Einstein.

Definindo e Medindo a Criatividade

Uma definição de *criatividade* é a capacidade de ver as coisas de um novo ângulo - de produzir algo nunca visto ou de identificar problemas que outros não reconhecem e de encontrar soluções novas e incomuns. Alta criatividade e alta inteligência acadêmica não andam necessariamente de mãos dadas. A amostra de Terman não produziu um grande músico, um pintor excepcional ou um ganhador do Prêmio Nobel. Outras pesquisas clássicas constataram correlações apenas modestas entre criatividade e QI (Anastasi e Schaefer, 1971; Getzels, 1964, 1984; Getzels e Jackson, 1962, 1963). O pensamento criativo parece exigir habilidades diferentes daquelas necessárias para se sair excepcionalmente bem na escola.

J. P. Guilford (1956, 1959, 1960, 1967, 1986) distingue dois tipos de pensamento: o *convergente* e o *divergente*. O **pensamento convergente** - o tipo medido em testes de QI - busca uma única resposta correta; o **pensamento divergente** produz uma vasta gama de novas possibilidades. Os testes de criatividade evocam o pensamento divergente. Os Testes Torrance de Pensamento Criativo (Torrance, 1966, 1974; Torrance e Bali, 1984), entre os testes de criatividade mais conhecidos, incluem tarefas como relacionar usos incomuns para um clipe de papel, completar uma figura e escrever o que um som evoca na mente.

Um problema com muitos desses testes é que o escore depende em parte da rapidez, a qual não é um indicador de criatividade. Além disso, embora os testes produzam resultados bastante confiáveis, existem controvérsias sobre sua validade - se eles identificam as crianças que são criativas na vida cotidiana (Anastasi, 1988; Mansfield e Busse, 1981; Simonton, 1990). Como Guilford reconheceu, o pensamento divergente pode não ser o único, nem mesmo o mais importante, fator no desempenho criativo.

Educando Crianças Superdotadas, Criativas e Talentosas

A maioria dos Estados norte-americanos têm programas especiais para superdotados; cerca de 6% das crianças da rede pública participam deles (U. S. Department of Educa-

pensamento convergente

Pensamento dirigido à descoberta de uma resposta "certa" para um problema. Compare com *pensamento divergente*.

pensamento divergente

Pensamento que produz diversas novas possibilidades. Compare com *pensamento convergente*.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir as relações entre talento excepcional e realizações na vida e entre QI e criatividade?
- ✓ Descreve duas abordagens de educação para crianças superdotadas?

tion, 1996). Esses programas suplementam ou substituem o program de ensino normal. Geralmente seguem uma de duas abordagens: *enriquecimento* ou *aceleração*. O **enriquecimento** amplia e aprofunda o conhecimento e as habilidades através de atividades extras em sala de aula, de projetos de pesquisa, de passeios de campo ou de treinamento com mentores (especialistas na área de talento ou de interesse da criança). A **aceleração**, muitas vezes recomendada para crianças muito talentosas, acelera sua educação através do ingresso precoce na escola, de "pular" uma série, da colocação em turmas adiantadas ou de cursos avançados em matérias específicas, oferecidas mediante programas de base universitária. A aceleração moderada não parece prejudicar a adaptação social, pelo menos a longo prazo (Winner, 1997).

As crianças que participam de programas especiais não apenas fazem progresso acadêmico, como também tendem a melhorar o autoconceito e a adaptação social (Ford e Harris, 1996). Entretanto, a competição por financiamento e a oposição ao "elitismo" ameaçam a continuação desses programas (Purcell, 1995; Winner, 1997). Alguns educadores defendem que uma definição absoluta de quem seria ou não superdotado deveria ser evitada para incluir uma variedade mais ampla de alunos em programas mais flexíveis (Cox, Daniel e Boston, 1985; Feldhusen, 1992; Feldman, 1985). Alguns dizem que, se o nível de educação fosse significativamente melhor para todas as crianças, somente as mais excepcionais precisariam de classes especiais (Winner, 1997). Nos próximos anos, os Estados Unidos continuarão sua luta em torno de como melhor educar seus alunos mais promissores sem prejudicar as outras crianças.

Não existe uma linha fixa que demarque superdotado e não-superdotado, criativo e não-criativo. Todas as crianças beneficiam-se por serem encorajadas em suas áreas de interesse e de capacidade. O que aprendemos sobre a promoção da inteligência, da criatividade e do talento nas crianças mais capazes pode ajudar todas as crianças a aproveitarem seu potencial ao máximo. O grau em que elas fazem isso afetará seu autoconceito e outros aspectos da personalidade, como discutiremos no Capítulo 10.

enriquecimento

Abordagem na educação de superdotados, a qual amplia e aprofunda o conhecimento e as habilidades através de atividades extras, de projetos, de passeios de campo ou de utilização de mentores.

aceleração

Abordagem na educação para superdotados, que os faz avançar nos programas dos conteúdos, ou em parte dele, em um ritmo extraordinariamente rápido.

Pense sobre isso...

- Com base nas informações desta seção, você seria a favor de fortalecer, de reduzir ou de eliminar os programas de educação especial para alunos superdotados? Deveria o QI ter mais ou menos peso do que outros fatores na admissão dos alunos nesses programas?

Resumo

DESENVOLVIMENTO FÍSICO

Aspectos do Desenvolvimento Físico

Indicador 1. Que avanços no crescimento e no desenvolvimento motor ocorrem durante a terceira infância? Que ameaças nutricionais as crianças enfrentam?

- O desenvolvimento físico na terceira infância não é tão rápido quanto nos períodos anteriores. Os meninos são ligeiramente mais altos do que as meninas no início desse período, mas as meninas iniciam o surto de crescimento da adolescência mais cedo e, assim, tendem a ser mais altas do que os meninos no final da terceira infância.
- Em média, as crianças precisam de 2.400 calorias por dia para ter crescimento e saúde normal.
- Os dentes permanentes chegam na terceira infância. A saúde dentária melhorou, principalmente por causa da utilização de flúor e da melhor assistência odontológica.
- A obesidade é cada vez mais comum entre as crianças norte-americanas. Ela é influenciada por fatores genéticos e ambientais. A preocupação com a **imagem corporal**, especialmente entre meninas, pode acarretar transtornos alimentares.
- A subnutrição pode afetar todos os aspectos do desenvolvimento.
- Devido ao melhor desenvolvimento motor, meninos e meninas na terceira infância podem praticar uma gama mais ampla de atividades motoras do que os pré-escolares.

- Cerca de 10% das brincadeiras livres de crianças em idade escolar constituem-se de **brincar impetuoso**. Ela é mais comum entre meninos do que entre meninas.
- As diferenças nas capacidades motoras de meninos e de meninas aumentam com a aproximação da puberdade, em parte devido à maior altura e força dos meninos e em parte devido às expectativas e à experiência cultural.

Saúde e Segurança

Indicador 2. Quais são as principais questões de saúde, de forma física e de segurança em torno de crianças em idade escolar?

- A terceira infância é um período relativamente saudável; a maioria das crianças são imunizadas contra as principais doenças, e a taxa de mortalidade é a mais baixa de todo o ciclo de vida. Entretanto, muitas crianças, principalmente as meninas, não satisfazem os padrões de boa forma.
- Infecções respiratórias e outros **problemas de saúde crônicos**, como a asma, são mais prevalentes entre crianças pobres e pertencentes a minorias. A compreensão das crianças sobre a saúde e a doença está relacionada com seu nível cognitivo.
- A visão torna-se mais precisa durante a terceira infância, mas uma minoria das crianças têm visão ou audição defeituosa.
- As crianças que são HIV-positivas ou têm AIDS podem sofrer de estigma social e de problemas cognitivos, lingüísticos ou emocionais.

- Os acidentes são a principal causa de morte na terceira infância. O uso de capacetes para ciclistas e a evitação de camas elásticas podem reduzir muito os ferimentos.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Abordagem Piagetiana: A Criança Operacional Concreta

Indicador 3. Como o pensamento e o julgamento moral das crianças em idade escolar diferem dos de crianças mais jovens?

- Dos 7 aos 12 anos, uma criança está no estágio de **operações concretas** de Piaget. As crianças são menos egocêntricas do que antes e mais proficientes em tarefas que exigem raciocínio lógico, como pensamento espacial, compreensão de causalidade, categorização (incluindo **seriação**, **inferência transitiva** e **inclusão de classe**), **raciocínio indutivo**, **raciocínio dedutivo**, conservação e operações numéricas. Entretanto, esse raciocínio limita-se grandemente ao aqui e agora. Essa concretude do pensamento dá origem à **decalagem horizontal**.
- A experiência cultural parece contribuir para a rapidez de desenvolvimento das habilidades piagetianas.
- Segundo Piaget, o desenvolvimento moral está ligado à maturação cognitiva e ocorre em duas etapas: **moralidade de restrição**, que corresponde aproximadamente ao estágio pré-operacional, e **moralidade de cooperação**, que corresponde aos estágios de operações concretas e operações formais.

Outras Abordagens do Desenvolvimento Cognitivo

Indicador 4. Que avanços na memória e em outras habilidades de processamento de informações ocorrem durante a terceira infância?

- Os modelos de processamento de informações descrevem três etapas da memória: **codificação**, **armazenamento** e **recuperação**.
- Embora a **memória sensorial** mude pouco com a idade, a capacidade da **memória de trabalho** aumenta grandemente durante a terceira infância. O **executivo central**, que controla o fluxo de informações que entram e saem da **memória de longo prazo**, parece amadurecer entre os 8 e 10 anos. O tempo de reação, a velocidade de processamento, a atenção seletiva e a concentração também aumentam. Esses ganhos nas capacidades de processamento de informações podem ajudar a explicar os avanços descritos por Piaget.
- A **metamemória** e a atenção seletiva melhoram durante esse período, e as crianças tornam-se mais competentes na utilização de **estratégias mnemônicas**, como os **recursos mnemônicos externos**, o **ensaio**, a **organização** e a **elaboração**.

Indicador 5. Com que precisão a inteligência de crianças em idade escolar pode ser medida?

- A inteligência de crianças em idade escolar pode ser avaliada por testes de grupo, como o **Teste de Capacidade Escolástica Otis-Lennon** ou por testes individuais como a **Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III)** e o **Stanford-Binet**. Embora esses testes sejam testes de aptidão, e não testes de desempenho, são validados segundo medidas de desempenho.
- Os testes de QI prognosticam bem o êxito escolar, mas podem ser injustos com algumas crianças. As tentativas de criar um teste **livre de cultura** ou **culturalmente justo**, de modo a evi-

tar a presença de **tendenciosidade cultural**, não foram bem-sucedidas.

- Os testes convencionais de QI podem ignorar importantes aspectos do comportamento inteligente. Os testes de QI exploram somente três das "inteligências" da **teoria de inteligências múltiplas**, de Howard Gardner. Segundo a **teoria triárquica da inteligência**, de Robert Sternberg, os testes de QI medem sobretudo o **elemento componencial** da inteligência, e não os **elementos experiencial** e **contextual**.
- Novos rumos na testagem da inteligência incluem ferramentas como a **Bateria de Avaliação Kaufman para Crianças (K-ABC)** e o **Teste de Habilidades Triárquicas de Sternberg (THTS)**.
- As diferenças de QI entre grupos étnicos parecem resultar pelo menos em parte de diferenças socioeconômicas e de outras diferenças ambientais. A escolarização parece aumentar a inteligência medida.

Linguagem e Capacidade de Ler e Escrever

Indicador 6. Como as capacidades de comunicação e de leitura e escrita expandem-se durante a terceira infância?

- A utilização de vocabulário, de gramática e de sintaxe torna-se cada vez mais sofisticada, mas a principal área de desenvolvimento linguístico ocorre na **pragmática**.
- A **metacognição** contribui para o progresso na leitura. O precoce treinamento fonético é fundamental para a proficiência na decodificação de palavras.
- A interação com colegas auxilia o desenvolvimento das habilidades de escrita.

A Criança na Escola

Indicador 7. O que influencia o desempenho escolar?

- Uma vez que a escolarização é cumulativa, a base estabelecida na primeira série é muito importante.
- Os pais influenciam o aprendizado dos filhos envolvendo-se em sua vida escolar, motivando-os a realizar e transmitindo atitudes em relação ao aprendizado.
- A condição socioeconômica pode influenciar o comportamento e as atitudes dos pais.
- Embora a força da **profecia autodeterminada** possa não ser tão grande quanto se imaginava, percepções e expectativas podem exercer forte influência, especialmente sobre alunos com mau desempenho.
- Alterações na filosofia educacional afetam questões como quantidade de deveres de casa prescritos e **promoção social**. Saber utilizar um computador está tornando-se uma exigência universal.
- O superior desempenho de crianças com origens no Leste Asiático parece provir de fatores culturais. Algumas crianças minoritárias podem beneficiar-se com programas educacionais adaptados a seus estilos culturais.

Indicador 8. Como as escolas atendem às necessidades de crianças de língua estrangeira e daquelas que têm problemas de aprendizagem?

- Muitos distritos escolares implantaram programas de educação em segunda língua. Alguns programas adotam uma abordagem de **imersão no inglês**, mas programas de alta qualidade de **educação bilíngüe**, que permitem à criança tornar-se **bilíngüe** e sentir orgulho de sua identidade cultural, parecem

funcionar melhor. A abordagem mais eficaz de todas é a menos utilizada: a **aprendizagem bidirecional (em duas línguas)**.

- Três fontes comuns de problemas de aprendizagem são o **retardo mental**, as **deficiências de aprendizagem (DA)** e o **transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)**. Acredita-se que a **dislexia**, a deficiência de aprendizagem mais comum, seja proveniente de um defeito no processamento fonológico.
- Nos Estados Unidos, todas as crianças com deficiências têm direito à educação gratuita apropriada. Essas crianças devem ser educadas no ambiente menos restritivo possível, muitas vezes, em uma sala de aula normal.

Indicador 9. Como os superdotados são avaliados e estimulados?

- Um QI igual ou superior a 130 é um padrão comum para identificar crianças superdotadas para programas especiais. Defi-

nições mais amplas incluem a **criatividade**, o talento artístico e outros atributos e utilizam múltiplos critérios para identificação. As minorias não têm representação proporcional nos programas para superdotados.

- No clássico estudo de Terman com crianças superdotadas, a maioria delas revelou-se adaptada e bem-sucedida, mas não extraordinariamente.
- Criatividade e QI não estão intimamente ligados. Testes de criatividade procuram medir o **pensamento divergente** ao invés do **pensamento convergente**, mas sua validade é questionada.
- Programas educacionais especiais para crianças superdotadas, criativas e talentosas enfatizam o **enriquecimento** ou a **aceleração**. Ainda que críticos considerem esses programas elitistas, eles beneficiam as crianças envolvidas.

Palavras-Chave

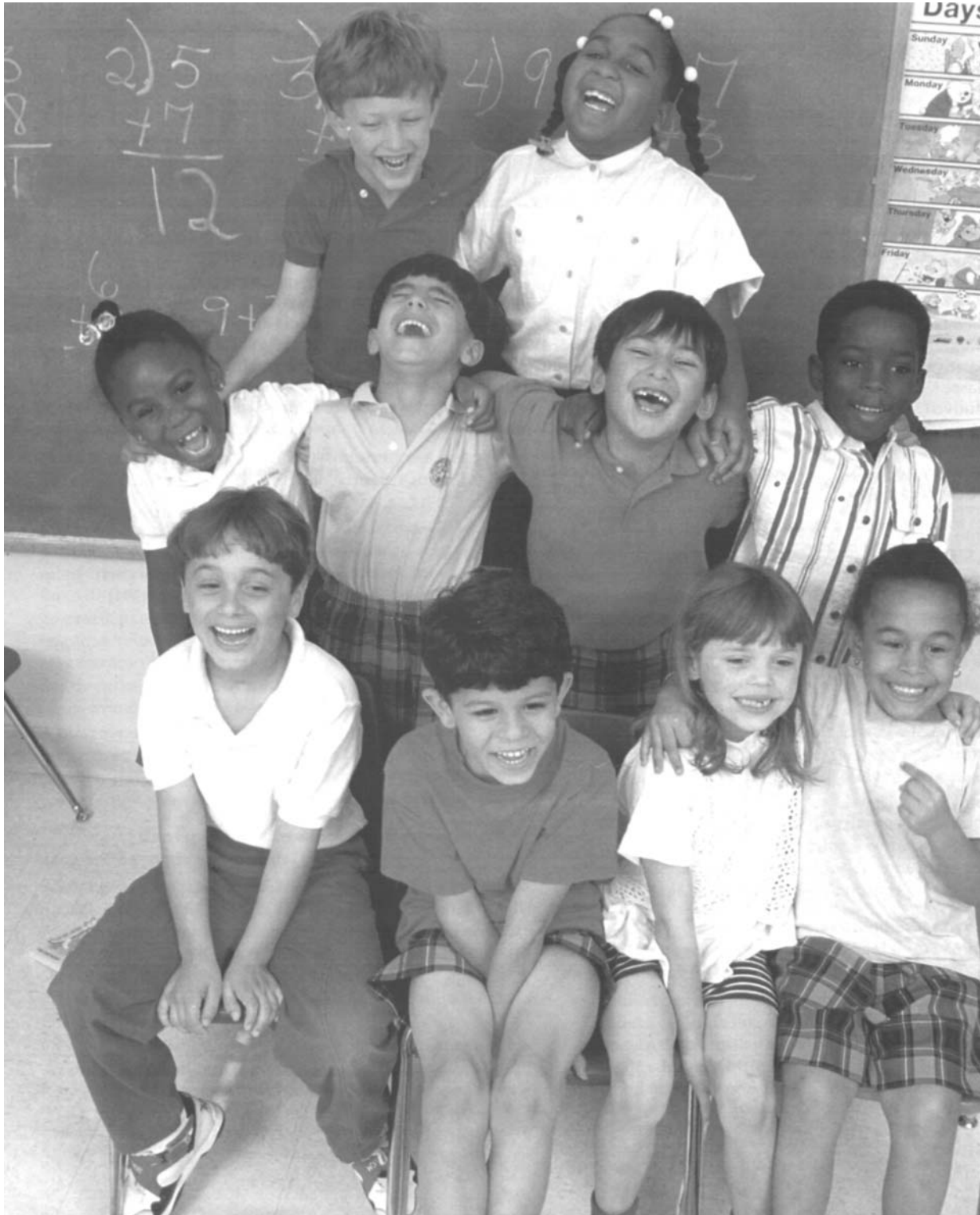
imagem corporal (359)
brincar impetuoso (360)
problemas de saúde agudos (363)
problemas de saúde crônicos (363)
operações concretas (365)
seriação (366)
inferência transitiva (366)
inclusão de classe (367)
raciocínio indutivo (367)
raciocínio dedutivo (367)
decalagem horizontal (368)
moralidade de restrição (370)
moralidade de cooperação (370)
codificação (371)
armazenamento (371)
recuperação (371)
memória sensorial (371)
memória de trabalho (371)
executivo central (371)
memória de longo prazo (371)
metamemória (372)

estratégias mnemônicas (372)
recursos mnemônicos externos (372)
ensaio (372)
organização (372)
elaboração (372)
testes de aptidão (374)
testes de desempenho (374)
Teste de Capacidade Escolástica Otis-Lennon (374)
Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III) (375)
tendenciosidade cultural (375)
livre de cultura (375)
culturalmente justo (375)
teoria das inteligências múltiplas (376)
teoria triárquica da inteligência (377)
elemento componencial (377)
elemento experiencial (377)
elemento contextual (377)
Bateria de Avaliação Kaufman para Crianças (K-ABC) (377)

Teste de Habilidades Triárquicas de Sternberg (THITS) (377)
pragmática (380)
metacognição (381)
profecia autodeterminada (385)
promoção social (386)
imersão no inglês (388)
educação bilíngüe (388)
bilíngüe (388)
aprendizagem bidirecional (em duas línguas) (389)
retardo mental (390)
dislexia (390)
deficiências de aprendizagem (DA) (390)
transtorno do déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) (391)
pensamento convergente (394)
pensamento divergente (394)
enriquecimento (395)
aceleração (395)

Capítulo 10

Desenvolvimento Psicossocial na Terceira Infância



*Alguma vez você já se sentiu como se não fosse ninguém?
Só um minúsculo grão de ar. Quando todos estão a sua volta, e você
simplesmente não está ali.*

Karen Crawford, 9 anos



Marian Anderson

Foco:

Marian Anderson, Desbravadora Operística*

A contralto afro-americana Marian Anderson (1902-1993) tinha - nas palavras do ilustre maestro italiano Arturo Toscanini - uma voz que se ouve "uma vez a cada cem anos". Ela também foi pioneira no rompimento de barreiras raciais. Rejeitada por uma escola de música na Filadélfia, sua cidade natal, Marian estudou canto privadamente e, em 1925, venceu uma competição nacional para cantar com a Filarmônica de Nova York. Ela se apresentou em capitais europeias durante os anos de 1930, mas, muitas vezes, era obrigada a tolerar um tratamento de segunda classe em seu país. Quando lhe foi negado o uso de um salão de concertos em Washington, D. C, a Primeira Dama Eleanor Roosevelt organizou uma apresentação de Marian nos degraus do Memorial Lincoln. A inédita apresentação em um domingo de Páscoa em 1939 atraiu 75 mil espectadores e foi transmitida para milhões de pessoas. Algumas semanas depois, Marian Anderson foi a primeira cantora negra a se apresentar na Casa Branca. Mas somente em 1955, um ano depois que a Suprema Corte proibiu a segregação racial nas escolas públicas, Anderson, aos 57 anos, tornou-se a primeira pessoa de sua raça a cantar com a Ópera Metropolitana de Nova York.

Uma história notável está por trás da "jornada dessa mulher desde o pequeno apartamento alugado no sul de Filadélfia" (McKay, 1992, p. xxx). Trata-se de uma história de laços de família- ligações de mútuo apoio, de interesse e de preocupação que se estenderam de uma geração para outra.

Marian Anderson era a primogênita de John e de Annie Anderson. Dois anos depois de seu nascimento, a família mudou-se de um apartamento de um cômodo para viver com os avós paternos e, então, depois do nascimento de outras duas meninas, para uma pequena casa alugada nas proximidades. John Anderson sustentava a família mascateando carvão e gelo, entre outras atividades.

Os pais de Marian estimulavam o amor dela pelo canto. Aos 6 anos, ela ingressou no coral infantil da igreja. Ali fez amizade com Viola Johnson, que vivia em frente à casa da família Anderson. Poucos anos depois, cantaram um dueto juntas - a primeira apresentação pública de Marian. Dois anos mais tarde, Marian começou a cantar com o coral superior, fazendo duetos com sua tia, que também organizou uma apresentação dela em um concerto beneficente.

Quando Marian tinha 10 anos, seu pai faleceu, e a família voltou a morar com os avós, a tia e as duas filhas. O avô de Marian tinha um emprego fixo. A avó cuidava de todas as crianças, a tia administrava a casa, e a mãe ajudava preparando o jantar, trabalhando como faxineira e lavando roupa para fora, que Marian e sua irmã Alice entregavam.

* A principal fonte de material biográfico sobre Marian Anderson e sua família foi Anderson (1992). Alguns detalhes são oriundos de Kerman (1993) e de obituários publicados na *Time* (19 de Abril de 1993), *People Weekly*, *The NewYorkerJet* (26 de Abril de 1993).

S U M Á R I O

**Foco: Marian Anderson,
Desbravadora Operística**

O Desenvolvimento do Eu

Sistemas Representacionais
Auto-estima
Desenvolvimento Emocional

A Criança na Família

Atmosfera Familiar
Estrutura Familiar
Relacionamentos com os Avós
Relacionamentos entre Irmãos

A Criança no Grupo de Amigos

Efeitos Positivos e Negativos das
Relações com Amigos
Popularidade
Amizade
Agressão e Ameaças

Saúde Mental

Distúrbios Emocionais Comuns
Técnicas de Tratamento
Estresse e Resiliência

Anos depois, a cantora guardava vividas recordações de sua avó: "O que ela dizia era lei.... Minha avó adorava crianças e sempre havia muitas delas vivendo em sua casa....[Ela] não deixava que ficássemos sem ter o que fazer... E tínhamos coisas úteis para aprender,.... como dividir uma casa com os outros, como entender o jeito delas e respeitar seus direitos e privilégios" (Anderson, 1992, p. 17-18).

Mas a influência mais importante na vida de Marian Anderson foi o aconselhamento, o exemplo e a orientação espiritual de sua mãe, trabalhadora e infalível em seu apoio. Annie Anderson, que tinha sido professora em seu Estado de origem, Virgínia, dava grande importância aos estudos de suas filhas e não permitia que elas "relaxassem" no dever de casa. Mesmo quando trabalhava em tempo integral, cozinava o jantar todas as noites, e ensinava Marian a costurar suas próprias roupas. "Não me recordo de nenhuma ocasião em que Mamãe tenha elevado a voz conosco por raiva", Marian escreveu. "Quando nos corrigia, ela utilizava um tom de voz normal. Ela sabia ser firme, e aprendemos a respeitar seus desejos" (Anderson, 1992, p. 92).

Quando Marian Anderson tornou-se uma artista musical internacionalmente reconhecida, costumava retornar a seu velho bairro na Filadélfia. Sua mãe e sua irmã Alyce dividiam uma casa modesta, e a outra irmã, Ethel, morava ali perto com o filho.

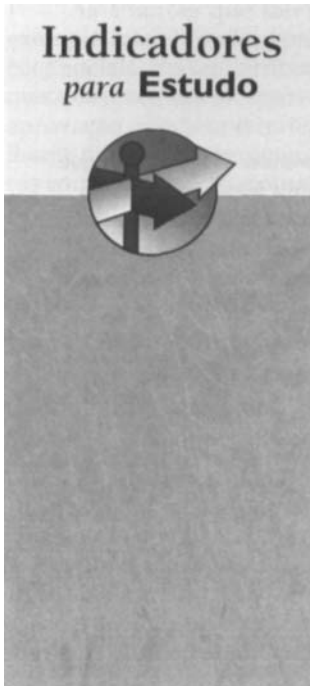
"É a coisa mais agradável do mundo visitar aquela casa e sentir sua alegria", escreveu a cantora. "Eles estão todos muito bem, tratam-se com carinho e protegem-se mutuamente.... Eu sei que mamãe gosta de ter o neto por perto enquanto ele cresce, assim como acho que, quando ele crescer e tornar-se independente, terá lembranças agradáveis de seu lar e de sua família" (1992, p. 93). Em 1992, Marian Anderson -viúva, sem filhos e debilitada, aos 95 anos - foi viver com esse sobrinho, James DePriest, então diretor musical da Sinfônica de Oregon. Ela sofreu um derrame e morreu na casa dele no ano seguinte.



Marian Anderson "viveu durante mudanças cruciais nos Estados Unidos e no mundo" e na vida dos afro-americanos (McKay, 1992, p. xxiv), mas algo que sempre esteve presente foi a forte rede de apoio dos relacionamentos que sustentaram a ela e a sua família. O tipo de lar no qual uma criança vive e os relacionamentos no seio desse lar podem ter profundos efeitos sobre o desenvolvimento psicossocial na terceira infância, quando as crianças estão desenvolvendo um sentido mais pleno do que significa ser um membro responsável e contribuinte, primeiro de uma família, depois da sociedade. A família faz parte de uma rede de influências contextuais, incluindo o grupo de amigos, a escola e o bairro em que está inserida. A primeira amiga de Marian Anderson, o coral da igreja e os vizinhos para os quais fazia biscates para poder adquirir um violino, todos contribuíram para seu desenvolvimento. Além e acima dessas influências estavam os padrões culturais dominantes de tempo e lugar, os quais impunham desafios específicos para famílias e comunidades afro-americanas e exigiam respostas de mútuo apoio.

Neste capítulo, delinearíamos as ricas e variadas vidas emocionais e sociais das crianças em idade escolar. Observaremos como as crianças desenvolvem um conceito mais realista de si mesmas e como se tornam mais independentes, autoconfiantes e com domínio sobre suas emoções. Pelo convívio com os amigos (como a amiga de Marian Anderson, Viola Johnson), fazem descobertas sobre suas próprias atitudes, seus valores e suas habilidades. Mas, como demonstra a história de Anderson, a família continua sendo uma influência vital. A vida das crianças são influenciadas não apenas pelo modo como os pais abordam a tarefa de criar os filhos, mas também por estarem ou não empregados e pelo tipo de atividade que exercem, pela situação econômica da família e por sua estrutura ou composição - se a criança vive com um ou com os dois pais, se possui irmãos e quantos, se em sua casa vivem outros parentes, como avós, tia e primos de Anderson. Embora a maioria das crianças seja emocionalmente saudável, algumas têm problemas de saúde mental; examinaremos vários deles. Também descreveremos crianças resilientes, que emergem dos estresses da infância com mais saúde e força.

Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. Como as crianças em idade escolar desenvolvem um autoconceito realista e o que contribui para a auto-estima?
2. Como as crianças em idade escolar demonstram crescimento emocional?
3. Como os relacionamentos entre pais e filhos mudam durante a terceira infância?
4. Quais são os efeitos do emprego dos pais e da pobreza na atmosfera da família?
5. Que impacto a estrutura familiar tem no desenvolvimento das crianças?
6. Como os relacionamentos com os avós são afetados pelo divórcio, pelo emprego da mãe e por outras condições da família?
7. Como os irmãos influenciam e relacionam-se uns com os outros?
8. Como os relacionamentos com os amigos mudam na terceira infância e o que influencia a popularidade e a escolha das amizades?
9. Quais são os tipos mais comuns de comportamento agressivo na terceira infância e que influências contribuem para isso?
10. Quais são alguns dos distúrbios emocionais comuns e como eles são tratados?
11. Como os estresses da vida moderna afetam as crianças e o que permite que crianças "resilientes" os suportem?

Desenvolvimento do Eu

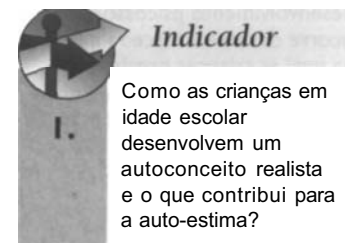
O crescimento cognitivo que ocorre durante a terceira infância permite que as crianças desenvolvam conceitos mais complexos de si mesmas e que desenvolvam sua compreensão e seu controle emocional.

Sistemas Representacionais

Crianças de apenas 4 anos demonstram por seu comportamento que possuem um senso de valor próprio, mas é na terceira infância que o julgamento sobre si mesmo se torna mais realista, mais equilibrado e mais abrangente e expressando-se de maneira mais consciente (Harter, 1996,1998).

"Na escola, estou me sentindo muito esperta em certas matérias, como Língua, Artes e Estudos Sociais", diz Lisa, de 8 anos. "Recebi a nota máxima nessas matérias no último boletim e estava realmente orgulhosa de mim mesma. Mas estou me sentindo muito burra em Aritmética e Ciências, principalmente quando vejo as boas notas dos outros colegas... Mesmo assim gosto de mim como pessoa, pois Aritmética e Ciências não são tão importantes para mim. Minha aparência e minha popularidade são mais importantes" (Harter, 1996, p. 208).

Em torno dos 7 ou 8 anos, as crianças chegam ao terceiro dos estágios neopiagetianos do desenvolvimento do autoconceito descritos no Capítulo 8. Nessa idade, as crianças têm capacidade cognitiva de formar **sistemas representacionais**: autoconceitos amplos e abrangentes que incorporam diferentes aspectos de sua identidade (Harter, 1993,1996,1998). Lisa é capaz de focalizar mais de uma dimensão de si mesma. Ela superou uma autodefinição de tudo ou nada, absoluta; reconhece que pode ser "esperta" em algumas matérias e "burra" em outras. Suas descrições de si mesma são mais equilibradas; sabe verbalizar melhor seu autoconceito e pesar os diferentes aspectos dele ("Minha aparência e minha popularidade são mais importantes..."). Ela sabe comparar seu *eu real* com seu *eu ideal* e sabe julgar o quanto satisfaz os padrões sociais em comparação com os outros. Todas essas mudanças contribuem para o desenvolvimento da auto-estima, da avaliação de *seu valor próprio geral* ("Eu gosto de mim como pessoa").



sistemas representacionais
Na terminologia neopiagetiana, é o terceiro estágio no desenvolvimento da autodefinição, caracterizado por amplitude, equilíbrio e integração e avaliação do diversos aspectos da identidade.



Segundo Erikson, a terceira infância é uma época para aprender as habilidades que nossa cultura julga importantes. Ao conduzir os gansos até a feira, esta garotinha vietnamita está desenvolvendo um senso de competência e adquirindo auto-estima. Além disso, ao assumir responsabilidades que combinem com suas crescentes capacidades, aprende sobre o funcionamento da sociedade, seu papel nela e o que significa fazer um bom trabalho.

Auto-estima

Kendall tem elevada auto-estima. É confiante, curioso e independente. Acredita em suas próprias idéias, aceita desafios e inicia novas atividades com confiança, descreve a si mesmo de maneira positiva e orgulha-se do que faz. Adapta-se com relativa facilidade às mudanças, tolera a frustração, persevera na perseguição de um objetivo e sabe lidar com críticas. Kerry, em contraste, tem baixa auto-estima. Descreve a si mesmo de maneira negativa, não acredita em suas próprias idéias, carece de confiança e de orgulho pelo que faz, parece deprimido, senta-se longe das outras crianças e recua e observa em vez de fazer suas próprias explorações. Desiste com facilidade quando frustrado e reage de maneira imatura ao estresse.

O que explica a diferença marcante entre esses dois meninos? Por que um tem sentimentos tão positivos sobre si mesmo, enquanto o outro tem sentimentos tão negativos?

Segundo Erikson (1982), um importante determinante da auto-estima é a idéia que as crianças têm de sua capacidade para o trabalho produtivo. A questão a ser resolvida na crise da terceira infância é de **produtividade versus inferioridade**. A "virtude" que se desenvolve com o êxito na resolução dessa crise é a *competência*, a idéia de si mesmo como capaz de dominar habilidades e de concluir tarefas.

As crianças precisam adquirir as habilidades valorizadas em sua sociedade. Os meninos Arapesh da Nova Guiné aprendem a fazer arcos e flechas e a armar armadilhas para ratos; as meninas Arapesh aprendem a plantar, a limpar o solo e a colher. As crianças Inuit do Alasca aprendem a caçar e a pescar. As crianças dos países industrializados aprendem a ler e escrever, a contar e a usar computadores. Como Marian Anderson, muitas crianças aprendem a cuidar da casa e ajudam fazendo biscoitos. As crianças comparam suas capacidades com as de outras crianças; caso se sintam incapazes, podem recuar para o seio protetor da família. Por outro lado, caso se tornem muito trabalhadoras, podem negligenciar os relacionamentos sociais e transformarem-se em "viciados em trabalho".

Uma outra concepção das origens do valor próprio provém da pesquisa de Susan Harter (1985, 1990, 1993). Harter (1985) pediu a crianças de 8 a 12 anos que avaliassem sua própria aparência, seu comportamento, seu desempenho escolar, sua capacidade atlética e aceitação de outras crianças, além de julgar o quanto cada um desses aspectos afetava sua opinião sobre si mesmas. As crianças julgaram a aparência física o mais importante. A aceitação social veio a seguir. Menos importantes eram o desempenho na escola, a conduta e a capacidade atlética. Em contraste, portanto, com o alto valor atribuído por Erikson ao domínio de habilidades, Harter sugere que as crianças em idade escolar de hoje, pelo menos na América do Norte, julgam a si mesmas mais pela boa aparência e pela popularidade.

Um grande contribuinte para a auto-estima é o apoio social - primeiro dos pais e dos colegas, depois dos amigos e dos professores. Eles gostam da criança e importam-se com ela? Eles a tratam como uma pessoa que importa e que tem coisas valiosas a dizer? Mesmo que Mike considere importante ser atraente e inteligente e julgue que possui esses dois atributos, sua auto-estima será abalada se ele não se sentir valorizado pelas pessoas importantes de sua vida. Ainda assim, o apoio social geralmente não compensa uma auto-avaliação negativa. Se Juanita acha que os esportes são importantes, mas não se considera atlética, sua auto-estima irá sofrer - por mais que ela seja elogiada pelos outros.

produtividade versus inferioridade

Na teoria de Erikson, é a quarta alternativa crítica de desenvolvimento psicossocial que ocorre durante a terceira infância, na qual as crianças precisam adquirir as habilidades produtivas que sua cultura exige ou então enfrentar sentimentos de inferioridade.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar, a partir de uma perspectiva neopiguetiana, como o autoconceito desenvolve-se na terceira infância em comparação com a segunda infância?
- ✓ Comparar as concepções de Erikson e de Harter sobre as origens da auto-estima?
- ✓ Descrever como o "padrão de impotência" pode afetar as reações das crianças à rejeição social?

As crianças que são socialmente retraídas ou isoladas (como Kerry, em nosso exemplo inicial) podem preocupar-se excessivamente com seu desempenho em situações sociais. Podem atribuir a rejeição a suas próprias deficiências de personalidade, que, a seu ver, são incapazes de mudar. Em vez de experimentar novas formas de obter aprovação, repetem estratégias malsucedidas ou simplesmente desistem. (Isso é semelhante ao "padrão impotente" em crianças mais jovens, descrito no Capítulo 8.) Crianças como Kendall, por outro lado, tendem a atribuir o fracasso a fatores externos a si ou à necessidade de tentar com mais afinco. Diante de um fracasso inicial, perseveram, experimentando novas estratégias até descobrirem alguma que funcione (Erdley, Cain, Loomis, Dumas-Hines e Dweck, 1997).

Desenvolvimento Emocional

Aos 7 ou 8 anos, as crianças costumam ter internalizado a vergonha e o orgulho (ver Capítulo 8). Essas emoções, que dependem da consciência das implicações de suas ações e do tipo de socialização que as crianças receberam, afetam sua opinião de si mesmas (Harter, 1993, 1996). As crianças também se tornam capazes de verbalizar emoções conflitantes. Como diz Lisa: "Os meninos na escola, em geral, são muito asquerosos. Não penso assim em relação a meu irmão mais novo, Jason, embora ele realmente me irrite. Eu o amo, mas, ao mesmo tempo, ele faz coisas que me deixam furiosa. Mas eu controlo minhas emoções, sentiria vergonha de mim mesma se não as controlasse" (Harter, 1996, p. 208).

A medida que o tempo passa, as crianças conscientizam-se de seus próprios sentimentos e dos sentimentos das outras pessoas. Sabem controlar melhor sua expressão emocional em situações sociais e sabem responder à perturbação emocional dos outros (Saarni, Mumme e Campos, 1998).

Um aspecto do crescimento emocional é o controle de emoções negativas. As crianças aprendem o que as enfurece, amedronta ou entristece e como outras pessoas reagem à demonstração dessas emoções e aprendem a adaptar seu comportamento em conformidade. Também aprendem a diferença entre ter uma emoção e expressá-la. Alunos de pré-escola acreditam que os pais podem diminuir a tristeza de uma criança dizendo-lhe para parar de chorar, ou podem diminuir o medo que a criança tem de um cão dizendo que não há nada a temer. Alunos de 6ª série sabem que uma emoção suprimida continua existindo (Rotenberg e Eisenberg, 1997).

Por que as crianças suprimem as emoções? O motivo mais comum é a autoproteção - evitar zombaria ou rejeição. Outro motivo é o de não perturbar outra pessoa. Alunos de 5ª série são mais conscientes das "regras" sociais relativas à expressão de emoções do que alunos de 1ª série. As meninas são mais propensas do que os meninos a demonstrar tristeza ou sofrimento e mais inclinadas a esperar apoio emocional (Zeman e Garber, 1996). As crianças cujas mães encorajam-nas a expressar os sentimentos de maneira construtiva e ajudam-nas a se concentrar na raiz do problema tendem a enfrentar melhor e a possuir melhores habilidades sociais do que crianças cujas mães desvalorizam seus sentimentos, minimizando a seriedade da situação (Eisenberg, Fabes e Murphy, 1996).

Até crianças muito jovens demonstram *empatia* ou compreensão do que outra pessoa está sentindo (ver Capítulo 8), mas as crianças tornam-se mais empáticas e mais inclinadas a um comportamento pró-social na terceira infância. O comportamento pró-social é um sinal de adaptação positiva. Crianças pró-sociais tendem a agir adequadamente em situações sociais, a ser livres de emoções negativas e a enfrentar os problemas de maneira construtiva (Eisenberg et al., 1996).

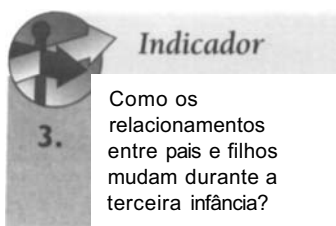
VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar alguns aspectos do desenvolvimento emocional na terceira infância?

A Criança na Família

As crianças em idade escolar passam mais tempo longe de casa do que quando eram mais novas e ficam menos próximas de seus pais (Hofferth, 1998). Com o aumento das famílias com renda dupla e de pais solteiros, com a maior ênfase à educação e com o ritmo mais acelerado da vida familiar, as crianças passam mais tempo na escola, sob assistência ou em atividades organizadas do que há uma geração. Elas têm menos tempo



livre para brincar, para atividades ao ar livre e para refeições sossegadas em família. O tempo que pais e filhos passam juntos é, em geral, centrado em alguma atividade: comprar, preparar as refeições, limpar a casa e fazer os deveres (Hofferth e Sandberg, 1998). Ainda assim, o lar e as pessoas que ali vivem continuam sendo uma parte importante da vida de uma criança.

Para compreender a criança na família precisamos examinar o ambiente familiar - sua atmosfera e sua estrutura. Estes, por sua vez, são influenciados pelo que acontece além das paredes de casa. Como descreve a teoria de Bronfenbrenner, níveis adicionais de influência - incluindo o emprego e a situação socioeconômica dos pais e tendências sociais, como urbanização, alterações no tamanho da família, divórcio e novo casamento - ajudam a formar o ambiente familiar e, conseqüentemente, o desenvolvimento das crianças.

Além dessas influências, encontram-se experiências e valores culturais que definem os ritmos da vida familiar e os papéis dos integrantes da família. As crianças geralmente são socializadas de maneira diferente em famílias de minorias étnicas e em famílias brancas. Por exemplo, famílias afro-americanas, como a de Marian Anderson, deram continuidade às tradições da família extensa, o que as ajudou a se adaptarem à vida nos Estados Unidos. Essas tradições incluíam viver perto ou próximo dos familiares, manter contato freqüente com os parentes, um forte senso de dever familiar, disposição em morar com parentes adicionais e um sistema de mútuo auxílio. Objetivos importantes da educação incluem ensinar as crianças a lidar com a discriminação racial (como a rejeição que Anderson sofreu da escola de música) e incentivar o orgulho étnico (Parke e Buriel, 1998).

Ao examinarmos a criança na família, portanto, precisamos estar cientes das influências externas que atuam sobre ela.

Atmosfera Familiar

As influências mais importantes do ambiente familiar sobre o desenvolvimento das crianças são provenientes do clima no ambiente doméstico. Ele é favorável e amoroso ou carregado de conflitos? A família tem dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades básicas? Essas duas facetas da atmosfera familiar estão inter-relacionadas.

Questões de Educação: Co-regulação e Disciplina

A medida que a vida das crianças muda, mudam também as questões entre elas e seus pais e os modos como essas questões são resolvidas. Durante o curso da infância, o controle do comportamento passa gradativamente dos pais para a criança. A aquisição de auto-regulação pelo pré-escolar (ver Capítulo 6) reduz a necessidade de supervisão constante, pois podemos confiar que a criança (geralmente!) seguirá as regras dos pais quando eles não estiverem presentes. O poder, entretanto, reside totalmente nos pais. Somente na adolescência - ou ainda mais tarde - muitos jovens têm permissão para decidir até que horas ficar na rua e como gastar seu dinheiro.

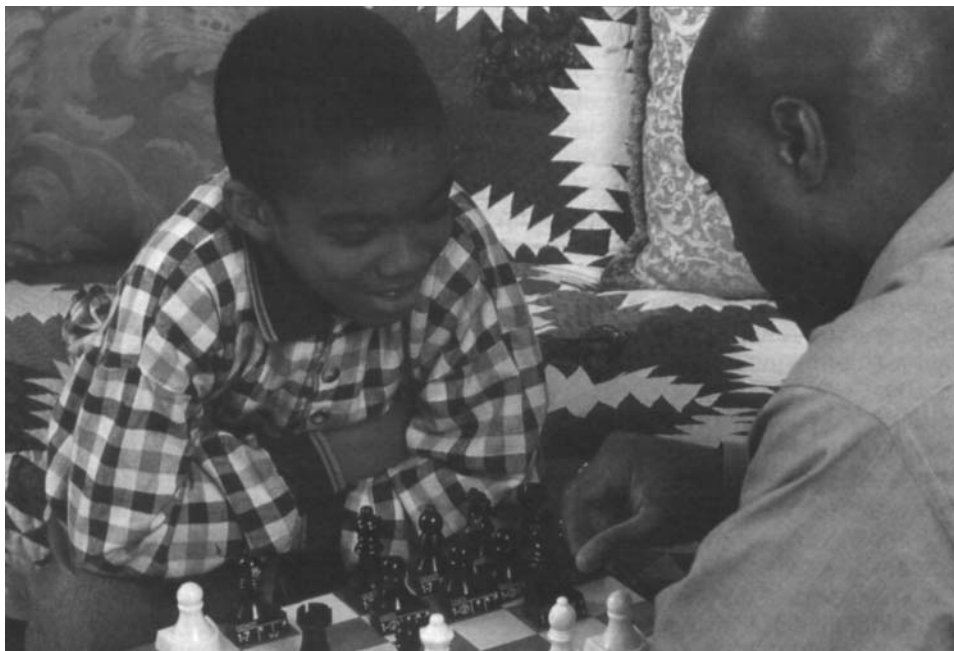
A terceira infância é a idade de transição da co-regulação, em que pais e filhos dividem o poder: os pais supervisionam, mas as crianças exercem uma auto-regulação momento a momento (Maccoby, 1984). Em relação aos problemas com os amigos, por exemplo, os pais agora utilizam menos gerenciamento ou supervisão direta e mais consulta e discussão com o próprio filho (Parke e Buriel, 1998). As crianças são mais inclinadas a seguir os desejos ou o conselho dos pais quando reconhecem que os pais são justos e preocupam-se com seu bem-estar e que podem "saber mais" devido à sua experiência. Também é útil que os pais respeitem o julgamento amadurecido das crianças e só se posicionem fortemente em questões importantes (Maccoby, 1984).

Os processos pelos quais pais e crianças resolvem conflitos podem ser mais importantes do que resultados específicos. Através do conflito familiar, as crianças aprendem sobre regras e padrões de comportamento. Também aprendem sobre que tipos de questões vale a pena discutir e que estratégias podem ser eficazes (Eisenberg, 1996).

A medida que as crianças chegam à pré-adolescência e que seu empenho por autonomia torna-se mais insistente, a qualidade da negociação e da resolução de problemas, muitas vezes, se deteriora. Em um estudo, 63 famílias com ambos os pais e com filhos de 4ª série filmaram discussões domésticas sobre dois problemas (por exemplo, sobre a mesada, a hora de dormir ou as tarefas domésticas) que haviam surgido durante

co-regulação

Etapa transitória no controle do comportamento na qual os pais exercem supervisão geral e as crianças exercem auto-regulação a cada momento.



Embora crianças em idade escolar passem menos tempo em casa do que antes, os pais continuam sendo muito importantes em suas vidas. Os pais que gostam de ficar com os filhos tendem a criar crianças que se sentem bem a seu próprio respeito - e a respeito de seus pais.

o último mês - um assunto escolhido pela criança e outro pelos pais. As famílias repetiram o procedimento dois anos depois. Entre as idades de 9 e 11 anos, a participação das crianças tornou-se mais negativa, especialmente ao discutir assuntos que os pais haviam escolhido. Não fazia diferença qual assunto era tratado; a questão básica, ao que parece, era "quem mandava" (Vuchinich, Angelelli e Gatherum, 1996).

A mudança para a co-regulação afeta o modo como os pais lidam com a disciplina (Maccoby, 1984; Roberts, Block e Block, 1984). Os pais de crianças em idade escolar são mais inclinados a utilizar técnicas indutivas que incluam o raciocínio. Por exemplo, o pai de Jared, de 8 anos, mostra como as ações dele afetam os outros: "Bater em Jermaine a machuca e a faz sofrer". Em outras situações, os pais de Jared podem recorrer à sua auto-estima ("O que aconteceu com o menino prestativo que estava aqui ontem?"), senso de humor ("Se você ficar mais um dia sem tomar banho, não precisaremos nem olhar para saber que você está chegando!"), valores morais ("Um menino forte e grande como você não deveria sentar-se no trem e deixar um idoso ir de pé") ou apreciação ("Você não fica contente de que seu pai se importa com você e lembra-o de usar botas para que você não fique resfriado?"). Acima de tudo, os pais de Jared avisam-no de que ele deve suportar as consequências de seu comportamento ("Não admira que você tenha perdido o ônibus da escola hoje - você foi dormir tarde demais ontem! Agora você vai ter que ir a pé à escola").

Embora a punição corporal seja menos freqüente à medida que as crianças crescem, aproximadamente a metade dos jovens adolescentes ainda é submetida a ela (Straus, 1994; Straus e Donnelly, 1993). A punição corporal pode ser contraproducente. Segundo entrevistas com uma amostra nacional de mães de crianças de 6 a 9 anos, ela tende a aumentar em vez de reduzir o comportamento anti-social; quanto mais freqüentes as surras e quanto mais tempo perduram, maior a chance de problemas (Straus, Sugarman e Giles-Sims, 1997).

Efeitos do Emprego dos Pais

Hoje, aproximadamente três a cada quatro mães de crianças em idade escolar estão no mercado de trabalho dos Estados Unidos (Children's Defense Fund, 1998). No Canadá, quase três quartos das mulheres que estão no período de apogeu da gravidez e da criação de filhos (dos 25 aos 34 anos) têm emprego remunerado (Sorrentino, 1990). Com mais de metade de todas as novas mães nos Estados Unidos começando a trabalhar menos de um ano após darem à luz (Bureau of Labor Statistics, 1999a), muitas crianças nunca viveram uma época em que suas mães *não* estivessem trabalhando remunerada-

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever como funciona a co-regulação e como a disciplina e o manejo dos conflitos familiares mudam durante a terceira infância?

Indicador

4. Quais são os efeitos do emprego dos pais e da pobreza na atmosfera da família?

mente. O impacto do emprego da mãe depende de muitos fatores, entre os quais a idade, o sexo, o temperamento e a personalidade da criança; se a mãe trabalha em turno parcial ou em tempo integral; por que ela trabalha e como se sente em relação ao trabalho; se ela possui ou não um parceiro que a apóia, ou se é solteira; a condição socioeconômica da família; o tipo de assistência que recebe antes ou depois da escola.

Quando existe uma boa assistência acessível, as crianças tendem a se sair bem (Parke e Buriel, 1998). Algumas crianças cujos pais trabalham fora de casa são supervisionadas depois da escola por babás ou parentes; outras participam de programas estruturados após a escola. Como as boas creches para pré-escolares, esses programas possuem um número relativamente pequeno de matriculados, baixa proporção de crianças para funcionários e pessoal qualificado (Rosenthal e Vandell, 1996). Estima-se que 10% das crianças de 8 a 10 anos e 32% das crianças de 11 a 12 anos cuidam regularmente de si mesmas em casa sem supervisão de adultos (Hofferth, Brayfield, Deich e Holcomb, 1991). Esse esquema pode funcionar se a criança é madura, responsável e desembaraçada; se sabe como obter ajuda em uma emergência e se o pai ou a mãe mantém contato por telefone.

Com frequência, uma mãe solteira, como a de Marian Anderson, precisa trabalhar para evitar um desastre econômico. De que forma o fato de ela trabalhar afeta seus filhos pode depender de quanto tempo e energia ela reservou para ficar com eles e de que tipo de modelo ela oferece (Barber e Eccles, 1992) - evidentemente, um modelo positivo no caso de Annie Anderson.

Quanto mais satisfeita está a mãe com sua condição profissional, melhor ela tende a criar os filhos (Parke e Buriel, 1998). Muitas mães empregadas sentem-se mais competentes, economicamente mais seguras e mais responsáveis por suas vidas do que mães que não têm emprego remunerado (Demo, 1992).

As crianças em idade escolar cujas mães trabalham fora tendem a viver em lares mais estruturados do que filhos de donas de casa, com regras bem definidas que lhes atribuem mais responsabilidades domésticas. Também são encorajadas a serem mais independentes (Bronfenbrenner e Crouter, 1982) e possuem atitudes mais igualitárias em relação aos papéis de gênero (Parke e Buriel, 1998).

Como o fato de a mãe trabalhar afeta o desempenho escolar? Tanto meninos como meninas de famílias de baixa renda parecem beneficiar-se academicamente do ambiente mais favorável que a renda da mãe pode oferecer (Goldberg, Greenberger e Nagel, 1996; Vandell e Ramanan, 1992). Em famílias de classe média, entretanto, os meninos não se saem tão bem na escola quando suas mães trabalham fora, ao passo que as meninas se saem tão bem ou melhor quando as mães trabalham (Goldberg et al., 1996; Heyns e Catsambis, 1986). Essas diferenças entre os sexos nas famílias de classe média podem estar relacionadas com a maior necessidade de supervisão e de orientação dos meninos (Goldberg et al., 1996). A independência parece ajudar as meninas a se tornarem mais competentes, a ter melhor desempenho na escola e a ter mais auto-estima (Bronfenbrenner e Crouter, 1982).

A medida que as crianças aproximam-se da adolescência, o quanto os pais se mantêm informados sobre elas pode ser mais importante do que se a mãe trabalha por remuneração. Em um estudo, meninos de 9 a 12 anos cujos pais não monitoravam suas atividades obtiveram notas mais baixas do que crianças monitoradas de perto (Crouter, MacDermid, McHale e Perry-Jenkins, 1990).

Pobreza e Criação dos Filhos

A pobreza pode inspirar pessoas como a mãe de Marian Anderson a trabalhar muito e a proporcionar uma vida melhor para seus filhos - ou então pode abater seu ânimo. A pobreza pode prejudicar o desenvolvimento dos filhos através de seu impacto sobre o estado emocional dos pais e de suas práticas educativas e sobre o ambiente doméstico que eles criam (Brooks-Gunn e Duncan, 1997; Brooks-Gunn et al., em fase de elaboração).

A análise ecológica de Vonnie McLoyd (1990, 1998) sobre os efeitos da pobreza traça um percurso que conduz a sofrimento psicológico no adulto, a efeitos na criação dos filhos e, por fim, a problemas emocionais, comportamentais e acadêmicos nas crianças. Pais que têm más condições de moradia (ou não têm domicílio), que perderam seus empregos, que estão preocupados sobre sua próxima refeição e que sentem que carecem de controle sobre suas vidas tendem a se tornar ansiosos, deprimidos ou irritadiços. Podem tornar-se menos afetuosos e menos responsivos com os filhos. Po-

dem disciplinar de forma inconsistente, severa e arbitrária. Podem ignorar o bom comportamento e prestar atenção somente ao mau comportamento. As crianças, por sua vez, tendem a se tornar deprimidas, a ter problemas de relacionamento com os amigos, a carecer de autoconfiança e a praticar atos anti-sociais (Brooks-Gunn et al., em fase de elaboração; McLoyd, 1990, 1998).

As famílias sob estresse econômico tendem menos a monitorar as atividades dos filhos, e a ausência de monitoramento está associada a um pior desempenho escolar e a uma adaptação social (Bolger, Patterson, Thompson e Kupersmidt, 1995). Em um estudo de representação nacional com 11.760 crianças de 6 a 17 anos, um terço daquelas com rendas familiares abaixo do nível de pobreza estavam aquém da série normal para sua idade (Fields e Smith, 1998).

A falta de recursos financeiros pode dificultar o auxílio mútuo entre os pais na criação dos filhos. Um estudo examinou crianças de 9 e 12 anos e seus pais casados, com renda que variavam de 2.500 a 57.700 dólares por ano. Em muitas das famílias pobres, os pais tinham vários empregos cansativos para poderem sobreviver. Esses pais eram menos otimistas e mais deprimidos do que os pais de famílias em melhor situação econômica. Tinham mais dificuldade para se comunicar e para cooperar um com o outro e costumavam brigar sobre a criação dos filhos. Essas mensagens contraditórias dos pais acarretavam problemas comportamentais e escolares nos filhos (Brody et al., 1994).

A pobreza persistente pode ser particularmente prejudicial. Entre 534 crianças em idade escolar de Charlottesville, Virgínia, as pertencentes a famílias permanentemente privadas possuíam pior auto-estima, não se relacionavam tão bem com os amigos e tinham mais chances de apresentar problemas de comportamento do que crianças cujas famílias não sofriam privações ou sofriam privações transitórias (Bolger et al., 1995).

O comportamento anti-social tende a ser gerado na segunda infância por uma combinação de diversos fatores: atmosfera doméstica estressante e desestimulante, disciplina severa, falta de afetividade e de apoio social maternos, exposição a adultos agressivos e à violência na comunidade e grupos de amigos transitórios, o que impossibilita o desenvolvimento de amizades estáveis. Através dessas experiências de socialização negativas, as crianças que crescem em ambientes pobres e de alto risco podem absorver atitudes anti-sociais, às vezes a despeito dos melhores esforços dos pais (Dodge, Pettit e Bates, 1994).

Entretanto, esse quadro sombrio não é imutável. Os pais que podem recorrer a parentes (como foi o caso de Annie Anderson) ou a representantes comunitários em busca de apoio emocional, de auxílio no cuidado dos filhos e de informações sobre a educação de crianças podem melhor criar seus filhos.

Estrutura Familiar

As famílias norte-americanas mudaram drasticamente nas últimas décadas. Embora a maioria das crianças com menos de 18 anos morem com os pais, a proporção diminuiu drasticamente desde 1970 (ver Figura 10-1). Muitas famílias com ambos os pais são segundas famílias, resultando de divórcio e de novo casamento. Também existe um número cada vez maior de famílias não-tradicionais de outros tipos, entre as quais as famílias de pais solteiros, as famílias de homossexuais masculinos ou femininos e as famílias chefiadas por avós.

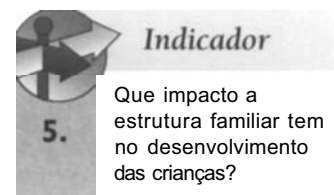
Famílias Tradicionais e Não-Tradicionais: Um Apanhado Geral

Muitas pesquisas constataram que as crianças tendem a se sair melhor em **famílias tradicionais (intactas)**, ou seja, aquelas que incluem os dois pais biológicos ou os pais que adotaram uma criança em seu primeiro ano de vida (Bray e Hetherington, 1993; Bronstein, Clauson, Stoll e Abrams, 1993; Dawson, 1991; Hetherington, Bridges e Insabella, 1998). Em um estudo de âmbito nacional nos Estados Unidos com 17.110 crianças com menos de 18 anos, aquelas que viviam com mães solteiras ou recasadas tinham maior probabilidade do que as que viviam com ambos os pais biológicos de terem repetido de série na escola, terem sido expulsas, terem problemas de saúde ou de terem sido tratadas por problemas emocionais ou comportamentais no ano anterior (Dawson, 1991). As crianças de famílias divorciadas ou recasadas também tendem a ser socialmente menos responsáveis e competentes, a ter pior opinião de si mesmas e a ter problemas de relacionamento com os pais, os irmãos e os amigos (Hetherington et al., 1998).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar de que forma o emprego dos pais pode afetar os filhos?
- ✓ Discutir os efeitos da pobreza na criação dos filhos?



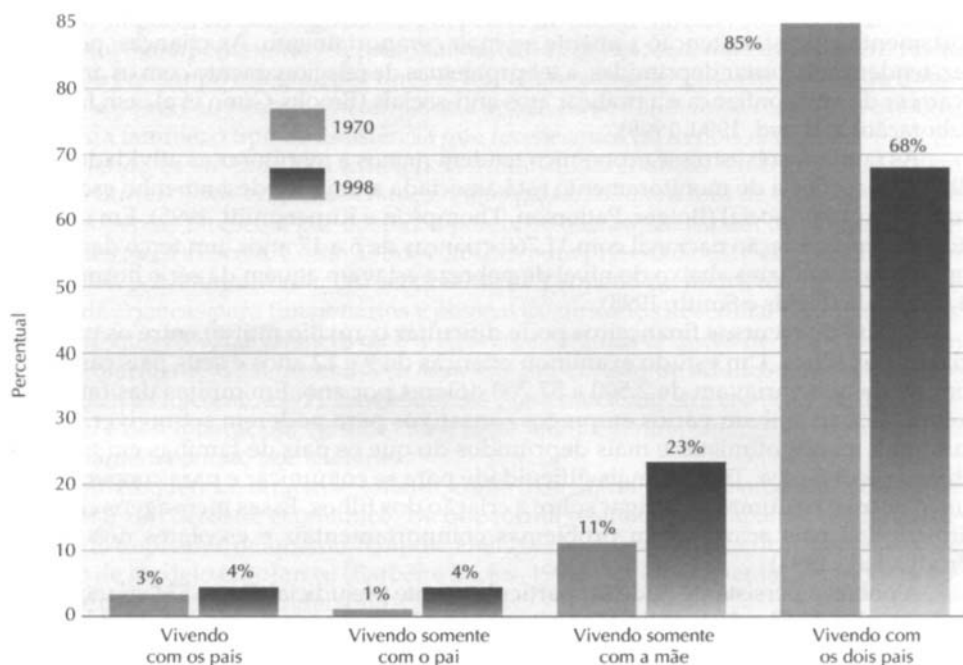
famílias tradicionais (intactas)

Famílias que incluem um casal e seus filhos biológicos ou as crianças adotadas no primeiro ano de vida.

Figura 10-1

Esquemas de vida de crianças com menos de 18 anos, 1970 a 1995. A maioria das crianças com menos de 18 anos nos Estados Unidos vive com os dois pais, mas essa proporção diminuiu durante os últimos 25 anos. Muitas dessas famílias com ambos os pais são segundas famílias. Nota: Os percentuais não somam 100% porque as quantidades fracionárias foram desprezadas.

(Fonte: U.S. Department of Commerce, 1996; Lugaila, 1998, Tabela A.)



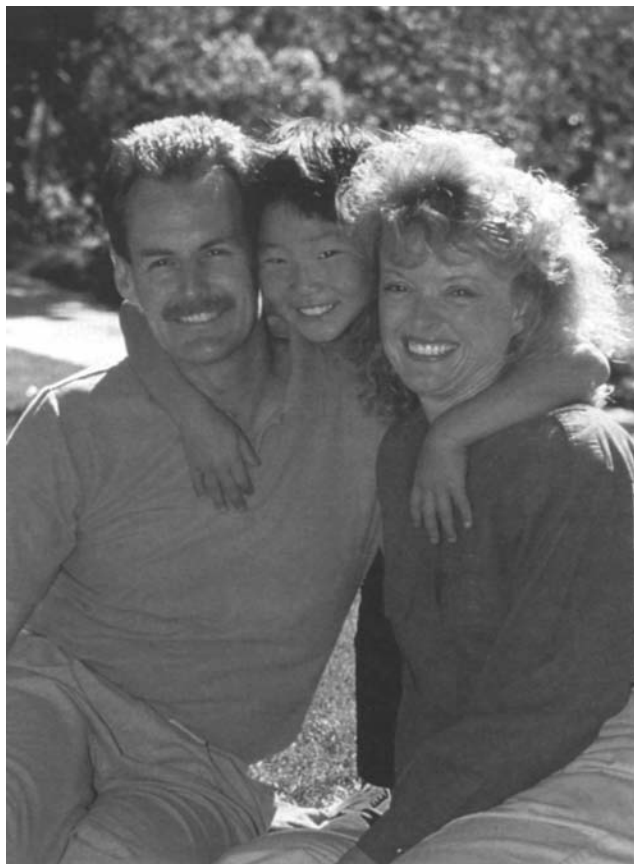
A estrutura da família em si é menos importante do que seu efeito sobre a atmosfera familiar. Famílias tradicionais não tiveram que lidar com o estresse e com o rompimento causado pelo divórcio ou pela morte de um dos pais, com as pressões financeiras, psicológicas e de tempo sobre pais solteiros ou com a possível necessidade de se adaptarem a um novo lar ou a um segundo casamento. Não apenas as mudanças objetivas na vida familiar, mas as respostas emocionais dos pais a essas mudanças podem ser estressantes para as crianças. O que pode afetar mais as crianças é como esses estressores influenciam o funcionamento da família no dia-a-dia, ocasionando mudanças nos papéis, nos relacionamentos e nas práticas de criação (Hetherington et al., 1998).

Entre 136 alunos de quinta série, os de famílias tradicionais eram mais bem adaptados do que os de famílias não-tradicionais. Pais tradicionais faziam mais coisas com seus filhos, conversavam mais com eles, os disciplinavam mais adequadamente e tendiam a dividir as responsabilidades parentais mais cooperativamente do que pais não-tradicionais. Como previsível, as crianças de famílias tradicionais eram mais bem adaptadas. As deficiências nos relacionamentos familiares nos lares de mães solteiras estavam relacionadas quase que totalmente à condição socioeconômica (Bronstein et al., 1993). Em outros estudos, contudo, mesmo quando o salário era controlado, as crianças de famílias divorciadas tinham mais problemas do que as de famílias intactas (Hetherington et al., 1998).

Em uma família tradicional, o envolvimento do pai geralmente é mais profundo quando existe pelo menos um filho. O pai tende mais a brincar, a supervisionar e a disciplinar os filhos do que as filhas. O envolvimento do pai com seus filhos e suas filhas pode indicar se os pais permanecerão juntos. Quando o pai envolve-se bastante, a mãe tende a ficar mais satisfeita e a esperar que o casamento dure (Katzev, Warner e Acock, 1994).

Famílias Adotivas

Anna Victoria Finlay, nascida em Santiago, Chile, é filha adotiva de Diane E. Papalia, uma das autoras deste livro. Anna está entre os aproximadamente 2% de pessoas nos Estados Unidos que são filhos adotados por não-parentes (Brodzinsky, 1993). Casais unidos por matrimônio, pessoas solteiras, idosos e casais homossexuais tornaram-se pais adotivos. Em geral, cerca de 60% das adoções legais são feitas por parentes, geralmente madrastas e padrastos ou avós (Goodman, Emery e Haugaard, 1998; Haugaard, 1998).



Devido à diminuição no número de bebês americanos adotáveis, muitas crianças adotadas, hoje em dia, são de origem estrangeira. Pais adotivos enfrentam desafios especiais, como a necessidade de explicar a adoção para a criança. Mas a maioria das crianças adotivas vêem a adoção de uma forma positiva e consideram-na como desempenhando um papel de menor importância em sua identidade.

Avanços na contracepção e na legalização do aborto reduziram o número de bebês norte-americanos brancos saudáveis. O percentual de bebês de mães brancas que nunca se casaram, que foram disponibilizados para adoção caiu de 19,3% no início da década de 1970 para apenas 1,7% no início da década de 1990 (Chandra, Abma, Maza e Bachrach, 1999). As mulheres negras consistentemente tendem menos a entregar seus bebês para adoção. Assim, um maior percentual das crianças disponíveis para adoção atualmente são deficientes, já têm mais de 1 ano ou são de origem estrangeira. As adoções ocorrem através de agências públicas ou privadas ou através de acordos independentes entre os pais biológicos e os pais adotivos. As adoções independentes tornaram-se cada vez mais comuns (Brodzinsky, 1997; Goodman et al., 1998).

Adotar uma criança traz desafios especiais. Além das questões costumeiras da paternidade e da maternidade, os pais adotivos precisam lidar com a integração da criança adotada à família, explicar a adoção à criança, ajudar a criança a desenvolver uma idéia saudável sobre si mesma e talvez a vir a ajudar a criança a contatar os pais biológicos.

Uma crença comum é a de que as crianças adotadas fatalmente terão problemas porque foram privadas de seus pais biológicos. Uma análise da literatura constatou poucas diferenças significativas de adaptação entre crianças adotadas e não-adotadas; os eventuais problemas pareciam ocorrer principalmente em torno da época de maturação sexual (Goodman et al., 1998). As crianças adotadas com menos de 1 ano são as que menos tendem a ter problemas de adaptação (Sharma, McGue e Benson, 1996b).

Adotar uma criança nascida no exterior faz diferença? Diversos estudos não constataram efeitos prejudiciais (Sharma, McGue e Benson, 1996a). Um estudo avaliou cem famílias israelitas, sendo que a metade delas haviam adotado crianças sul-americanas e a outra metade, crianças israelitas. Os dois grupos de crianças de 7 a 13 anos, todas as quais adotadas logo após o nascimento, não apresentaram diferenças significativas na adaptação psicológica, na adaptação e no desempenho na escola, no comportamento observado em casa ou no modo como enfrentaram o fato de serem adotadas (Levy-Shiff, Zoran e Shulman, 1997).

adoção aberta

Adoção em que os pais biológicos e os pais adotivos conhecem a identidade uns dos outros e compartilham informações ou têm contato direto.

Tradicionalmente, as adoções eram confidenciais, sem contato entre a mãe biológica e os pais adotivos, e a identidade da genitora era mantida em segredo. Em anos recentes, a **adoção aberta**, em que as partes compartilham informações ou têm contato direto, tornou-se mais comum. Em oposição ao que, às vezes, é considerado como os riscos da adoção aberta, um estudo constatou que, com o contato direto, os pais adotivos tendem a se sentir mais confiantes de que a adoção é permanente e de que a mãe biológica não tentará recuperar a criança. Ao mesmo tempo, são mais inclinados a reconhecer o interesse da criança em conhecer suas origens (Grotevant, McRoy, Elde e Fravel, 1994). Em um levantamento de 1.059 famílias californianas que haviam adotado crianças três anos antes, o fato de a adoção ter sido aberta ou não parecia não ter relação com a adaptação das crianças ou com a satisfação dos pais com a adoção, as quais eram muito altas (Berry, Dylla, Barth e Needell, 1998).

Quando os Pais Divorciam-se

O número anual de divórcios triplicou desde 1960; mais de um milhão de crianças são envolvidas em divórcio todos os anos (Harvey e Pauwels, 1999). Por mais infeliz que um casamento tenha sido, seu rompimento geralmente representa um choque para uma criança. As crianças podem sentir medo do futuro, culpa por seu papel (geralmente imaginário) na causação do divórcio, mágoa pelo pai que sai de casa e raiva por ambos os pais.

Adaptação ao Divórcio A maioria dos filhos de pais divorciados readapta-se gradualmente (Masten, Best e Garnezy, 1990). Embora crianças diferentes reajam de maneira distinta, a readaptação geralmente envolve seis "tarefas" (Wallerstein, 1983; Wallerstein e Kelly, 1980): (1) reconhecer a realidade da ruptura conjugal; (2) desligar-se do conflito e do pesar dos pais e retomar os interesses costumeiros; (3) resolver a perda - do genitor com o qual não estão vivendo, da segurança de sentir-se amado e cuidado por ambos os pais ou das rotinas diárias da família e das tradições familiares; (4) resolver a raiva e a atribuição própria de culpa; (5) aceitar a permanência do divórcio; (6) ter esperança realista em seus próprios relacionamentos íntimos.

O que influencia a adaptação de uma criança ao divórcio? A idade ou a maturidade, o sexo, o temperamento e a adaptação psicológica e social da criança são fatores importantes. Igualmente importante é o modo como os pais lidam com questões como a guarda da criança e os esquemas de visitação, as finanças, a reorganização das tarefas domésticas, o contato com o pai que não tem custódia, o novo casamento e o relacionamento da criança com o padrasto ou com a madrasta.

Crianças mais jovens são mais ansiosas em relação ao divórcio, têm uma percepção menos realista do que o causou e tendem mais a culparem a si mesmas, mas podem adaptar-se mais rapidamente do que crianças com mais idade, que compreendem melhor o que está acontecendo. Crianças em idade escolar são sensíveis às pressões dos pais e aos conflitos de lealdade; como as crianças mais jovens, podem temer o abandono e a rejeição. Os meninos geralmente têm mais dificuldade para se adaptar do que as meninas. Entretanto, essa diferença pode ser menos significativa do que antes se pensava e pode depender largamente do quão envolvido o pai se mantém (Bray, 1991; Hetherington, Stanley-Hagan e Anderson, 1989; Hetherington et al., 1998; Hines, 1997; Masten et al., 1990; Parke e Buriel, 1998).

Na maioria dos casos de divórcio, a mãe fica com a custódia da criança, mas a custódia do pai é uma tendência crescente (Meyer e Garasky, 1993). As crianças se saem melhor quando o pai ou a mãe que detém a custódia cria um ambiente estável, estruturado e favorável, e não espera que as crianças assumam mais responsabilidade do que podem (Hetherington et al., 1989).

Os meninos, em particular, se beneficiam com um contato confiável e freqüente com o pai sem a custódia (Kelly, 1987). Quanto mais recente a separação, mais próximo dos filhos vive o pai, e quanto melhor a condição socioeconômica, mais envolvido ele tende a ser (Amato e Keith, 1991a; Parke e Buriel, 1998). Pais sem a custódia tendem mais a perder o contato se possuem filhos biológicos de um novo casamento (Cooksey e Craig, 1998). Mães sem a custódia mantêm duas vezes mais contato com seus filhos



Os filhos de pais divorciados tendem a se sair melhor quando têm contato confiável e freqüente com o genitor sem a custódia, geralmente o pai.



Quadro 10-1

Os Pais Devem Ficar Juntos pelo Bem de suas Crianças?


 Há uma geração, quando o divórcio era muito menos comum do que é hoje, era comum acreditar-se que os pais em casamentos perturbados deviam ficar juntos pelo bem das crianças. Pesquisas mais recentes constataram que o conflito conjugal prejudica as crianças mais do que o divórcio - que as crianças adaptam-se melhor quando são criadas com um genitor solteiro em um lar harmonioso do que em um lar com ambos os pais marcado pela discórdia e pelo descontentamento (Hetherington et al., 1998; Hetherington e Stanley-Hagan, 1999). Entretanto, essa descoberta pode precisar de algumas restrições.

Sem dúvida, assistir às rugas dos pais pode ser difícil para as crianças. Além do sofrimento, da preocupação ou do medo que as crianças podem sentir, o conflito conjugal pode afetar o modo como os pais tratam os filhos e pode diminuir a responsabilidade dos pais às necessidades das crianças. Meninos que crescem em uma atmosfera de ódio e de discórdia entre os pais tendem a se tornar agressivos, e as meninas tendem a se tornar retraídas e ansiosas. Os filhos não se acostumam ao conflito conjugal: quanto mais são expostos a ele, mais sensíveis se tornam (Cummings, 1994). As crianças identificam as discussões conjugais destrutivas como ameaçadoras à sua própria segurança e à da família (Davies e Cummings, 1998).

Em um estudo, crianças de 5 anos cujos pais expressaram raiva retraindo-se emocionalmente durante os conflitos com a mãe tendiam a ser vistos pelos professores três anos depois como culposos, aflitos e envergonhados. Crianças de 5 anos cujos pais insultavam, zombavam e menosprezavam um ao outro tendiam na idade de 8 anos a serem desobedientes, pouco inclinados a respeitar regras e incapazes de esperar sua vez. Esses padrões eram válidos independentemente de os pais estarem ou não se separando nessa época (Katz e Gottman, 1993).

Mesmo assim, nem todo conflito é destrutivo. Quando os filhos percebem que os pais podem resolver suas disputas - principalmente quando os pais deixam claro que a culpa não é deles -, eles aprendem que o conflito é normal e pode ser conduzido de maneira construtiva (Cummings, 1994). A exposição a discórdias conjugais pode ajudar as crianças a aprender a controlar suas próprias emoções e a resolver seus próprios conflitos interpessoais. Embates violentos, conflitos em torno de

uma criança, aos quais a criança está diretamente exposta, e aqueles em que a criança fica em meio ao tumulto são os mais prejudiciais (Hetherington e Stanley-Hagan, 1999).

A *quantidade* de conflito em um casamento pode fazer diferença. Um estudo longitudinal de 15 anos, que acompanhou uma amostra de âmbito nacional originalmente formada por 2.033 pessoas casadas (Amato e Booth, 1997), sugere que em apenas cerca de 30% dos divórcios envolvendo filhos existe discórdia suficiente para que as crianças fiquem em melhor situação se o casamento terminar. Aproximadamente 70% dos casos, segundo essa pesquisa, envolvem casamentos com poucos conflitos, em que as crianças se beneficiariam "se os pais permanecessem juntos até as crianças crescerem" (p. 238).

Em muitas famílias divorciadas - de uma a cinco - o conflito continua ou aumenta. Dois anos depois do divórcio, as crianças sofrem mais com a discórdia em uma família divorciada do que as crianças de uma família não-divorciada. Assim, se o conflito for *continuar*, as crianças podem ficar em melhor situação em um lar acrimonioso com ambos os pais do que se os pais divorciarem-se. Por outro lado, se o conflito *diminui* após o divórcio, as crianças podem ficar em melhor situação do que estavam antes. Infelizmente, nem sempre é fácil prever a quantidade de discussões após o divórcio (Hetherington e Stanley-Hagan, 1999).

Ao avaliar os efeitos do divórcio, portanto, precisamos examinar circunstâncias específicas. Às vezes, o divórcio pode melhorar a situação de uma criança, reduzindo a quantidade de conflito na família, e às vezes não. As características pessoais das crianças fazem diferença; crianças inteligentes e socialmente competentes sem graves problemas de comportamento, que possuem um senso de controle sobre suas vidas, podem lidar melhor tanto com o conflito entre os pais como com seu divórcio (Hetherington e Stanley-Hagan, 1999). E, embora os efeitos imediatos de um rompimento conjugal possam ser traumáticos, a longo prazo, algumas crianças podem beneficiar-se por terem adquirido novas habilidades de enfrentamento que as tornam mais competentes e independentes (Barber e Eccles, 1992).

do que pais sem a custódia e são menos propensas a romper o contato após um novo casamento (Hetherington et al., 1998). Depois do divórcio ou da separação, as crianças que vivem com suas mães se saem melhor na escola se possuem um relacionamento afetuosos e sensível com o pai (Coley, 1998). As crianças também têm melhor desempenho acadêmico se seu pai não-residente envolve-se com seus estudos (National Center for Education Statistics [NCES], 1998b).

A maioria das pesquisas descobriu poucas vantagens da *custódia conjunta*, custódia dividida entre os pais (Hetherington et al., 1998). Quando os pais possuem custódia *legal* conjunta, compartilham o direito e a responsabilidade de tomar decisões relativas ao bem-estar da criança. Quando os pais têm a custódia *física* conjunta (o que é menos comum), a criança deve viver parte do tempo com cada um deles. O principal determinante do êxito da custódia conjunta é a quantidade de conflito entre os pais (Parke e

Buriel, 1998). Em um estudo de três anos com 1.100 famílias com ambos os tipos de custódia conjunta, somente cerca de um quarto dos pais conseguiam cooperar, mais de um quarto eram hostis, e o restante evitava contato (Maccoby e Mnookin, 1992).

Os problemas emocionais ou comportamentais das crianças podem provir de conflitos entre os pais, tanto antes quanto depois do divórcio, bem como da própria separação (Amato, Kurdek, Demo e Allen, 1993; Cummings, 1994; Parke e Buriel, 1998; ver Quadro 10-1). Se os pais sabem controlar sua raiva, cooperar na criação dos filhos e evitar a exposição das crianças às disputas, as crianças tendem a ter menos problemas (Bray e Hetherington, 1993; Hetherington et al., 1989). Infelizmente, as tensões do divórcio tornam a criação dos filhos mais difícil para um casal (Hines, 1997).

Embora a maioria dos filhos de casais divorciados acabe adaptando-se razoavelmente bem, alguns permanecem perturbados. Eles têm quase duas vezes mais chances de abandonar a escola no ensino médio do que crianças de famílias intactas (McLanahan e Sandefur, 1994). Os laços familiares podem estar enfraquecidos, às vezes levando ao comportamento anti-social (Parke e Buriel, 1998). Entretanto, uma vez que toda pesquisa sobre os efeitos do divórcio é correlacional, não podemos ter certeza de que o divórcio foi a causa dos problemas posteriores das crianças. As crianças podem ainda estar reagindo aos conflitos que precederam ou circundaram a dissolução do casamento.

Uma análise de 37 estudos envolvendo mais de 81 mil pessoas constatou que filhos adultos de pais divorciados tendem a ser ligeiramente mais deprimidos, a ter mais problemas conjugais, pior saúde e condição socioeconômica inferior do que adultos que foram criados em famílias intactas (Amato e Keith, 1991b). Essas diferenças eram pequenas e mais acentuadas entre pessoas que haviam procurado orientação ou terapia. A associação entre o divórcio dos pais e os problemas na idade adulta foi mais fraca do que em estudos anteriores, porque talvez o divórcio seja um evento mais normativo do que antes. Em um estudo britânico nacionalmente representativo baseado em dados reunidos sobre crianças a partir do nascimento, a grande maioria daqueles cujos pais divorciaram-se estava bem no início de seus 20 anos (Chase-Lansdale, Cherlin e Kiernan, 1995). Nos Estados Unidos, entre 1973 e 1996, as chances de que os filhos de pais divorciados terminassem seus próprios casamentos diminuiu em quase 50%, sendo de 1,4 a 2,5 vezes maior do que as de crianças de famílias intactas (Wolfinger, 1999).

Vivendo só com o Pai ou com a Mãe

As famílias constituídas só de pai ou de mãe resultam de divórcio ou separação, de paternidade ou maternidade sem casamento ou de morte. O número de famílias nos Estados Unidos mais do que quadruplicou desde 1960 (Harvey e Pauwels, 1999). Hoje uma criança tem pelo menos uma chance de 50% de viver com apenas um dos pais em algum momento, geralmente a mãe (Bianchi, 1995; Hines, 1997; NCES, 1998b). As crianças de famílias divorciadas costumam viver cinco anos com apenas um dos pais, geralmente a mãe, antes de ele(a) se casar outra vez (Bray e Hetherington, 1993).

Embora o crescimento dessas famílias esteja diminuindo, em 1998, elas compreendiam aproximadamente 32% das famílias norte-americanas com filhos de menos de 18 anos - 62% das famílias afro-americanas, 36% das famílias hispânicas e 27% das famílias brancas - comparado com apenas 13% de todas as famílias em 1970 (Bryson, 1996; U. S. Bureau of the Census, 1998). Os Estados Unidos têm o mais elevado percentual de famílias de pais solteiros entre oito países industrializados: Austrália, França, Japão, Suécia, Reino Unido, Estados Unidos, Rússia e Alemanha (Burns, 1992). No Canadá, a proporção de famílias desse tipo em 1996 era de 15%, menos do que a metade da taxa norte-americana (Statistics Canada, 1996).

Em 1998, aproximadamente 84% das crianças norte-americanas que viviam somente com o pai ou com a mãe viviam com a mãe (Lugaila, 1998). O número de famílias apenas com o pai mais do que quadruplicou desde 1974, aparentemente devido sobretudo a um aumento no número de pais que obtêm a custódia dos filhos depois do divórcio (Garasky e Meyer, 1996; U. S. Bureau of the Census, 1998). Em 1998, cerca de um sexto de todas as famílias de pais solteiros eram chefiadas pelo pai (U. S. Bureau of the Census, 1998).

Desde a década de 1970, a protelação do casamento e a maternidade sem casamento criaram mais famílias de mães solteiras do que o divórcio (Bianchi, 1995). Em 1994, quase um terço dos nascimentos - comparado com 1 a cada 25 nascimentos em 1940 - ocorriam de mães não-casadas (National Center for Health Statistics [NCHS],

1993, 1994b; Rosenberg, Ventura, Maurer, Heuser e Freedman, 1996). A tendência tem sido especialmente acentuada entre mulheres brancas e de nível universitário (Bachu, 1993; U. S. Bureau of the Census, 1993c). Em 1998, cerca de 4 a cada 10 crianças que viviam com a mãe, viviam com uma mãe que nunca havia se casado (Lugaila, 1998). Os nascimentos sem vínculo conjugal entre os pais também aumentaram drasticamente em muitos outros países desenvolvidos (Bruce, Lloyd e Leonard, 1995; WuDunn, 1996).

Comparado com crianças em famílias intactas, as crianças em famílias com só um dos genitores enfrentam mais problemas comportamentais e acadêmicos, especialmente quando a ausência de um dos pais deve-se a divórcio (Hetherington et al., 1998; Walker e Hennig, 1997). As crianças em famílias constituídas apenas pelo pai ficam mais sozinhas. Elas têm mais responsabilidades domésticas, mais conflitos com os irmãos, menos coesão familiar e menos apoio, controle ou disciplina do pai se for o pai que estiver ausente do lar (Amato, 1987; Coley, 1998; Walker e Hennig, 1997). Comparados com mães sozinhas, pais sozinhos tendem a ter maior satisfação com a criação dos filhos e a descrever menos problemas de comportamento com eles (Walker e Hennig, 1997).

As crianças de famílias constituídas só de pai ou mãe apresentam maior tendência a serem pobres, e a privação financeira pode ter efeitos negativos sobre a saúde, o bem-estar e o desempenho escolar das crianças. O número de famílias pobres chefiadas apenas pelas mães é quase três vezes maior do que as chefiadas apenas pelos pais: 35% comparado com 13% (U.S. Bureau of the Census, 1996a).

É comum acreditar que a maioria das famílias constituídas só pelas mães sofrem com a redução de renda após o divórcio porque o pai deixa de pagar a pensão dos filhos. Entretanto, um estudo com uma amostra randômica de 378 casais que se divorciaram em Maricopa County, Arizona, em 1986, sugere que os dados que sustentam essa crença podem ser metodologicamente falhos (Braver e O'Connell, 1998).

Em primeiro lugar, as estatísticas do Census Bureau sobre a pensão dos filhos baseiam-se nos relatos das mães. Como previsível, os pesquisadores de Maricopa County constataram uma ampla disparidade entre o que os pais dizem que pagaram e o que as mães que ficaram com a guarda da criança dizem que eles pagaram. As descobertas sugerem que os pais (contanto que empregados) pagam mais do que geralmente se pensa. Quanto à muito deplorada "feminilização da pobreza", os pesquisadores constataram que, em média, homens e mulheres costumam ter nível econômico aproximadamente igual após o divórcio. Os pesquisadores chegaram a essa conclusão levando em consideração fatores como vantagens tributárias da mãe responsável pelo filho, custo de fixar novo domicílio, outras despesas "ocultas" do pai que não tem custódia e a dificuldade de determinar níveis equivalentes de pobreza para lares de diferentes tamanhos. A análise demonstrou que as famílias constituídas só de mães *que nunca se casaram* - muitas das quais adolescentes de origens socioeconômicas humildes - mas *não* de mães divorciadas - tendem a estar abaixo da linha de pobreza (Braver e O'Connell, 1998).

Vivendo em uma Família Mista

Como cerca de 75% das mães divorciadas e 80% dos pais divorciados casam-se novamente, as famílias formadas pelos "meus, teus e nossos" são comuns. Oitenta e seis por cento dos filhos de pais divorciados vivem com sua mãe biológica e com o padrasto (Bray e Hetherington, 1993).

A segunda família - que também pode ser chamada de família *mista* ou *reconstituída*, - é diferente da família "natural". Ela tem um elenco maior, o qual pode incluir os parentes de até quatro adultos (o casal recasado, mais um ou dois cônjuges anteriores); ela tem muitos estressores. Devido às perdas por morte ou por divórcio, as crianças e os adultos podem ter receio de confiar ou de amar. A lealdade de uma criança a um pai ausente ou morto pode prejudicar a formação de vínculo com o padrasto ou a madrasta. Problemas emocionais e comportamentais anteriores costumam ressurgir. A adaptação é mais difícil quando existem muitas crianças, incluindo os filhos dos casamentos anteriores tanto do homem como da mulher, ou quando nasce uma nova criança (Hetherington et al., 1989). Além disso, uma vez que o aumento do número de famílias mistas é bastante recente, as expectativas sociais para essas famílias ainda não se definiram. Ao mesclarem duas unidades familiares, cada uma com seu próprio conjunto de costumes e de relacionamentos, as famílias mistas precisam inventar seu próprio modo de fazer as coisas (Hines, 1997). Por esses e outros motivos, as famílias mistas

Pense sobre isso...

- Se as finanças permitirem, a mãe ou o pai deveria ficar em casa para cuidar das crianças?
- Você aconselharia os pais que desejam divorciar-se que permaneçam casados até que os filhos cresçam? Justifique sua resposta.

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Distinguir entre estruturas familiares tradicionais (intactas) e não-tradicionais?
- ✓ Relacionar as "tarefas" psicológicas que as crianças enfrentam para se adaptarem ao divórcio e identificar os fatores que influenciam a adaptação?
- ✓ Avaliar o impacto do divórcio dos pais sobre os filhos?
- ✓ Descrever como se forma uma família constituída só de pai ou mãe e de que modo viver em um lar desse tipo pode afetar o bem-estar dos filhos?
- ✓ Discutir como pais, mães, padrastos e madrastas lidam com as questões e com os desafios de uma família mista?
- ✓ Discutir os resultados da criação de filhos por pais homossexuais?

apresentam maior tendência ao fracasso do que primeiros casamentos, principalmente durante os primeiros cinco anos (Parke e Buriel, 1998).

As descobertas sobre o impacto de um novo casamento sobre os filhos são variadas (Parke e Buriel, 1998). Alguns estudos constataram que os meninos, que, muitas vezes, têm mais dificuldade para se adaptar ao divórcio e à vida com pais solteiros (geralmente a mãe), beneficiam-se com um padrasto. Uma menina, por outro lado, pode considerar a presença de um novo homem em casa uma ameaça à sua independência e ao relacionamento com a mãe e pode ser menos propensa a aceitá-lo (Bray e Hetherington, 1993; Hetherington et al., 1989; Hetherington et al., 1998; Hines, 1997).

Os padrastos e as madrastas costumam assumir uma postura de não-interferência em relação aos filhos de um pai (ou mãe), ainda que as madrastas possam assumir - ou espera-se que assumam - um papel mais ativo do que os padrastos (Hetherington et al., 1989; Hetherington et al., 1998; Parke e Buriel, 1998; Santrock, Sitterle e Warshak, 1988). Mesmo assim, os laços mais duradouros de um enteado ou de uma enteada são com a mãe ou com o pai que têm a sua custódia. A vida geralmente corre mais tranqüila quando padrastos e madrastas apóiam o genitor natural e não tentam interferir (Hetherington et al., 1998).

Vivendo com Pais Homossexuais

O número de filhos de pais homossexuais é desconhecido; estimativas conservadoras variam de 6 a 14 milhões (Patterson, 1992; Patterson e Redding, 1996). Estima-se que existam de 1 a 5 milhões de mães homossexuais e de 1 a 3 milhões de pais homossexuais (Gottman, 1990). Esses números são provavelmente baixos, porque muitos pais e mães homossexuais não reconhecem abertamente sua orientação sexual. Alguns estão criando filhos oriundos de relacionamentos heterossexuais anteriores. Outros utilizam métodos artificiais para engravidar (ver Capítulo 13), tornam-se pais de criação ou adotam crianças (Patterson, 1997).

Existem diversos estudos sobre o desenvolvimento pessoal de filhos de homossexuais masculinos e femininos, incluindo seu senso de identidade, seu julgamento moral e sua inteligência, e sobre seus relacionamentos sociais. Embora as pesquisas ainda sejam escassas e os estudos variem quanto à adequação da metodologia, nenhum deles indicou preocupações psicológicas (Patterson, 1992, 1995a, 1995b, 1997). Contrário à crença popular, pais abertamente homossexuais geralmente têm relacionamentos positivos com os filhos (Turner et al., 1985), e os filhos têm a mesma probabilidade que crianças criadas por pais heterossexuais de terem problemas sociais ou

Este bebê tem duas mães - e ambas evidentemente são loucas por ele. Contrário aos estereótipos populares, as crianças que vivem com pais homossexuais não têm mais chances do que outras crianças de terem problemas sociais ou psicológicos ou de se tornarem também homossexuais.



psicológicos (Chan, Raboy e Patterson, 1998; Patterson, 1992, 1995a, 1997). São raros os casos de abuso praticado por pais homossexuais (Barrett e Robinson, 1990; Cramer, 1986).

Os filhos de homossexuais não apresentam maior tendência de serem homossexuais ou de serem confusos em relação a seu gênero do que os filhos de heterossexuais (King, 1996; Patterson, 1997). Em um estudo, muitos dos filhos homens de pais homossexuais eram heterossexuais (Bailey, Bobrow, Wolfe e Mikach, 1995). De modo semelhante, em um estudo longitudinal sobre filhos adultos de mulheres homossexuais, a grande maioria identificava-se como heterossexual (Golombok e Tasker, 1996).

Tais descobertas podem ter implicações nas políticas sociais para decisões judiciais sobre disputas de custódia e de visitação, para assistência a crianças adotivas e para adoções.

Relacionamentos com os Avós

Durante os anos escolares, as crianças podem passar menos tempo com os avós do que antes, mas o laço com eles continua sendo importante. Um avô ou uma avó pode servir de cuidador, de professor, de modelo, de confidente e, às vezes, de negociador entre a criança e os pais. O afeto, a indulgência e a aceitação dos avós podem ser uma "válvula de escape" para a pressão das expectativas dos pais. Os avós podem ser fontes de orientação e símbolos de continuidade familiar (Weissbourd, 1996).

Um lamentável subproduto do divórcio e do novo casamento pode ser o enfraquecimento ou o rompimento das relações entre avós e netos. Como geralmente a mãe tem a custódia da criança, os avós maternos tendem a ter mais contato e relacionamentos mais fortes com os netos do que os avós paternos (Cherlin e Furstenberg, 1986b; Myers e Perrin, 1993). O novo casamento da mãe aumenta a probabilidade de que os avós paternos sejam suplantados ou de que a família afaste-se, tornando o contato mais difícil (Cherlin e Furstenberg, 1986b). Desde 1965, todos os Estados norte-americanos deram aos avós (e em alguns Estados, aos bisavós, aos irmãos e a outros) o direito a visitação após o divórcio ou a morte de um dos pais, mas somente se o juiz considerar que isso beneficiará a criança.

Muitos avós cuidam dos filhos de pais que trabalham fora. Em uma pesquisa, 32% dos avós haviam prestado serviços de assistência ou de supervisão por pelo menos uma hora durante a semana anterior, e 9% o tinham feito por 20 ou mais horas (Bass e Caro, 1996). Em 1997, quase 4 milhões de netos, principalmente em cidades das regiões sul e central, viviam na casa dos avós, como Marian Anderson - na maioria dos casos, junto com a mãe ou com o pai solteiro, pobre e jovem (Casper e Bryson, 1998; ver Figura 10-2). Mas um número crescente de avós e até de bisavós estão ser-



Indicador

6.

Como os relacionamentos com os avós são afetados pelo divórcio, pelo emprego da mãe e por outras condições da família?

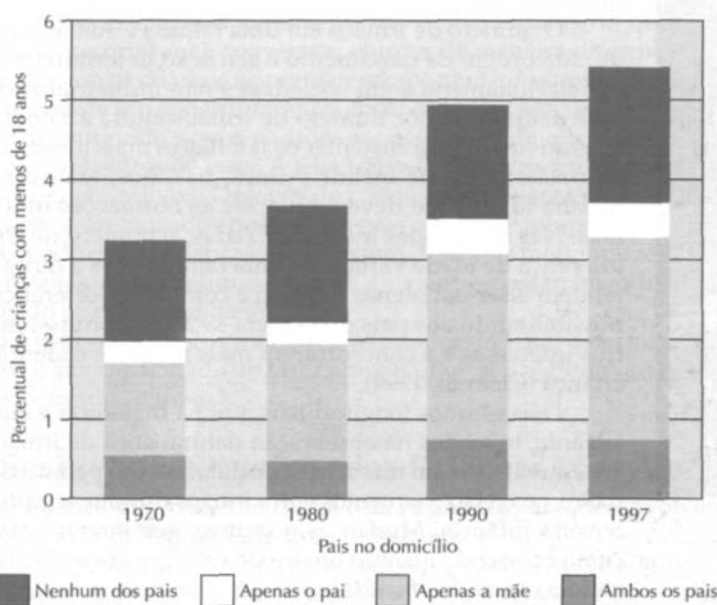


Figura 10-2

Netos que vivem na casa dos avós, com e sem os pais, 1970-1997. Uma proporção crescente de crianças com menos de 18 anos vive com seus avós, a maioria delas junto com a mãe solteira. Em muitos lares chefiados por avós, nenhum dos pais está presente.

(Fonte: Casper e Bryson, 1998, Figura 1. Informações de U.S. Bureau of the Census.)

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir as mudanças nos papéis dos avós de hoje?

Pense sobre isso ...

- Como pode ou deve a sociedade ajudar os avós que estão criando os netos?

**Indicador**

Como os irmãos influenciam e relacionam-se uns com os outros?



Este menino no Suriname tem uma responsabilidade importante: cuidar do irmão menor. Os irmãos em sociedades não-industrializadas possuem, por toda a vida, papéis claros, culturalmente definidos.

vindo como pais "substitutos" para crianças cujos pais são dependentes de drogas ou de álcool, divorciaram-se, estão mortos ou física ou mentalmente doentes, são solteiros, menores, estão desempregados, são abusivos, negligentes ou apenas abandonados (Casper e Bryson, 1998; Chalfie, 1994; Minkler e Roe, 1996).

A maioria dos avós que assumem esta responsabilidade o faz porque não quer que seus netos sejam colocados no lar adotivo de um estranho. Entretanto, a diferença de idade pode ser um empecilho, e ambas as gerações podem sentir-se distanciadas de seus papéis tradicionais (Crowley, 1993; Larsen, 1990-1991). Além disso, existem problemas práticos. Avós que criam netos precisam de assistência de boa qualidade e acessível, além de sistemas favoráveis no local de trabalho, como cobertura dos planos de saúde para os netos e dispensa do trabalho em caso de doença da criança (Chalfie, 1994; Simon-Rusinowitz, Krach, Marks, Piktialis e Wilson, 1996).

Relacionamentos entre Irmãos

Em sociedades não-industrializadas, como as de áreas rurais ou povoados remotos da Ásia, da África, da Oceania e da América Central e do Sul, é comum ver meninas com mais idade cuidando de três ou quatro irmãos menores: alimentando, consolando e ensinando-os hábitos de higiene, disciplinando-os, designando-lhes tarefas e vigiando-os de maneira geral. Em uma comunidade agrícola ou rural, os irmãos mais velhos possuem um papel importante, culturalmente definido. Os pais treinam os filhos desde cedo para ensinar os irmãos e as irmãs mais jovens a colher lenha, a transportar água, a cuidar dos animais e a cultivar alimentos. Os irmãos mais jovens absorvem valores intangíveis, como respeitar os mais velhos e colocar o bem-estar do grupo acima do bem-estar do indivíduo. Os irmãos podem lutar e competir, mas o fazem dentro dos limites das regras e dos papéis da sociedade (Cicirelli, 1994).

Em sociedades industrializadas, os pais geralmente tentam não "sobrecarregar" os filhos mais velhos com a tarefa de cuidar dos irmãos menores (Weisner, 1993). Embora os irmãos mais velhos cumpram essa função, isso costuma ocorrer apenas esporadicamente. Os irmãos mais velhos ensinam os mais novos, mas isso geralmente ocorre de maneira informal, por acaso, e não como uma parte instituída do sistema social (Cicirelli, 1994). Entretanto, os relacionamentos entre irmãos em algumas famílias norte-americanas e em grupos étnicos minoritários estão mais próximos do padrão de culturas não-industrializadas do que da cultura majoritária dos Estados Unidos (Johnson, 1985).

O número de irmãos em uma família e sua diferença de idade, sua ordem de nascimento e seu sexo determinam os papéis e os relacionamentos em sociedades não-industrializadas. Nessas sociedades, o maior número de irmãos ajuda a família a exercer suas atividades e a sustentar os familiares mais idosos. A definição de *irmãos* pode até incluir primos, tias, tios, avós ou amigos de mesma idade, que devem cumprir as obrigações de irmãos e irmãs. Nas sociedades industrializadas, o número de irmãos e sua diferença de idade variam de uma família para a outra; os irmãos tendem a ser em menor número e com maior diferença de idade, possibilitando aos pais dedicarem-se à vida profissional ou a outros interesses e a concentrarem mais recursos e atenção em cada criança (Cicirelli, 1994).

Dois estudos longitudinais, um na Inglaterra e outro na Pensilvânia, baseados na observação naturalística de irmãos e mães e em entrevistas com mães, não constataram um padrão claro de mudança nos relacionamentos entre irmãos durante a transição para a terceira infância. Mudanças negativas geralmente eram descritas como ocorrendo quando um irmão estava entre os 7 e 9 anos e concluindo as séries fundamentais. Muitas vezes, tanto mães como crianças atribuíam essas mudanças a amizades externas, as quais

provocavam ciúme e competitividade ou perda do interesse e da intimidade com o irmão. Às vezes, a crescente assertividade do irmão mais novo tem alguma influência. (Dunn, 1996).

As relações entre irmãos são um laboratório para resolução de conflitos. Os irmãos são obrigados a se reconciliar depois de brigas, pois sabem que terão que se ver todos os dias. Aprendem que expressar raiva não finda um relacionamento. Os primogênitos tendem a ser "dominadores" e mais propensos a agredir, a ignorar ou a subornar seus irmãos ou a interferir em sua vida. Os irmãos mais novos suplicam, argumentam e lisonjeiam para persuadir; costumam desenvolver bastante a capacidade de identificar as necessidades dos outros, de negociar e de conciliar interesses. As crianças são mais propensas a brigar com irmãos do mesmo sexo; dois irmãos brigam mais do que qualquer outra combinação (Cicirelli, 1976, 1995).

Os irmãos influenciam-se mutuamente, não apenas *de forma direta*, através de suas próprias interações, mas *indiretamente*, através de seu impacto sobre os relacionamentos uns dos outros com os pais. Inversamente, os padrões de comportamento estabelecidos com os pais tendem a "transbordar" para o comportamento com os irmãos. O relacionamento positivo de uma criança com mais idade com a mãe ou com o pai pode mitigar os efeitos do temperamento "difícil" daquela criança sobre as interações com os irmãos. Além disso, o relacionamento positivo de um pai com um irmão mais novo "fácil" pode ajudar essa criança a lidar com um irmão mais velho "difícil" (Brody, Stoneman e Gauger, 1996).

Pense sobre isso...

- Os irmãos mais velhos em sociedades industrializadas deveriam ter a obrigação formal de cuidar dos irmãos mais novos, como ocorre em sociedades não-industrializadas?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Comparar os papéis e as responsabilidades dos irmãos em países industrializados e não-industrializados?
- ✓ Discutir como os irmãos influenciam o desenvolvimento uns dos outros durante a terceira infância?

A Criança no Grupo de Amigos

É na terceira infância que o grupo de amigos revela-se. Os grupos formam-se naturalmente entre crianças que moram perto umas das outras ou que freqüentam a mesma escola; assim, os grupos de amigos costumam consistir de crianças de mesma origem racial ou étnica e de condição socioeconômica semelhante. As crianças que brincam juntas geralmente têm idades semelhantes, embora um grupo de amigos de bairro possa incluir idades mistas. Uma faixa de idade muito ampla traz diferenças, não apenas de tamanho, mas também de interesses e de níveis de habilidade. Os grupos geralmente são só de meninas ou só de meninos (Hartup, 1992). Crianças de mesmo sexo possuem interesses comuns; as meninas geralmente são mais maduras do que os meninos, e meninas e meninos brincam e conversam entre si de maneira diferente. Os grupos de mesmo sexo ajudam as crianças a aprender comportamentos apropriados ao gênero e a incorporar papéis de seu gênero em seu autoconceito (Hibbard e Buhrmester, 1998).

Hoje estão surgindo novos padrões sociais à medida que a tecnologia muda os instrumentos e os hábitos de lazer. A televisão e os videocassetes fazem com que algumas crianças fiquem ociosas. Os jogos de computador exigem poucas habilidades sociais. Os esportes organizados possuem regras adultas e juizes adultos para resolver disputas, de modo que as crianças não precisam descobrir modos de resolver os problemas por si mesmas. Ainda assim, nesta fase, as crianças passam mais tempo com outras de sua idade do que na segunda infância.

Como o grupo de amigos influencia as crianças? O que determina sua aceitação pelos amigos e sua capacidade de fazer amigos? Por que algumas crianças tornam-se "valentonas" e outras, vítimas?

Efeitos Positivos e Negativos das Relações com Amigos

As crianças beneficiam-se fazendo coisas com os amigos. Elas desenvolvem as habilidades necessárias para a sociabilidade e a intimidade, promovem os relacionamentos e adquirem um senso de afiliação. São motivadas a realizar, além de adquirirem um senso de identidade. Também adquirem habilidades de liderança e de comunicação, de cooperação, de papéis e de regras (Zarbatany, Hartmann e Rankin, 1990).



Indicador

8. Como os relacionamentos com os amigos mudam na terceira infância e o que influencia a popularidade e a escolha das amizades?

Com os amigos, as crianças aprendem o quanto são inteligentes, atléticas e dignas de estima. Tanto a competição como a confiança mútua formam o autoconceito, ajudando as crianças a desenvolver habilidades sociais e um sentimento de afiliação. Os grupos de amigos tendem a ser formados por crianças do mesmo sexo, o que permite que meninos e meninas aprendam comportamentos apropriados ao gênero.



À medida que as crianças vão afastando-se da influência dos pais, o grupo de amigos abre novas perspectivas e liberta-as para fazerem julgamentos independentes. Pôr à prova valores que anteriormente aceitaram sem questionamento, comparando-os com os dos amigos, ajuda as crianças a decidir que valores manter e quais descartar. Ao compararem-se com outras crianças de sua idade, elas adquirem uma medida mais realista de suas capacidades e um sentido mais claro de sua própria eficiência. (Bandura, 1994). O grupo de amigos ajuda as crianças a aprender a se relacionar em sociedade - como adaptar suas necessidades e seus desejos aos dos outros, quando ceder e quando permanecer firme. O grupo de amigos também oferece segurança emocional. E tranquilizador para as crianças descobrir que não são as únicas a possuir pensamentos que poderiam ofender um adulto.

O grupo de amigos também pode ter efeitos negativos. Para ser parte de um grupo de amigos, uma criança deve aceitar seus valores e suas normas de comportamento; ainda que estes possam ser indesejáveis, as crianças podem não ter força para resistir. Geralmente, é na companhia de amigos que as crianças furtam objetos de lojas, começam a usar drogas e agem de outras formas anti-sociais. Pré-adolescentes são especialmente suscetíveis à pressão para agir conforme o grupo age, e essa pressão pode transformar uma criança problemática em um delinqüente. As crianças que já possuem inclinações anti-sociais são as que mais tendem a sentir atração por outros jovens anti-sociais e serem mais ainda influenciadas por eles (Hartup, 1992). A influência do grupo de amigos é particularmente forte quando existe incerteza. Evidentemente, alguma medida de obediência aos padrões grupais é saudável. Ela é insalubre quando se torna destrutiva ou quando estimula as pessoas a agirem contra seu próprio juízo.

Outra influência negativa do grupo de amigos pode ser a tendência de reforçar o preconceito: atitudes desfavoráveis em relação a membros de outros grupos diferentes, principalmente membros de determinados grupos raciais ou étnicos. Um estudo feito em Montreal, Canadá, onde existem tensões entre cidadãos falantes de inglês e falantes de francês, constataram sinais de preconceito em uma amostra de 254 meninos e meninas falantes de inglês da educação infantil à 6ª série (Powlishta, Serbin, Doyle e White, 1994). As crianças receberam descrições sucintas de características positivas e negativas (como *prestativo*, *esperto*, *malvado* e *travesso*) e deviam dizer se uma ou ambas as crianças de uma história em quadrinhos - uma que falava inglês e outra francês - seria inclinada a possuir cada uma das características. Um procedimento semelhante foi seguido em relação a figuras masculinas e femininas (utilizando estereótipos de gênero, como *ambicioso* e *meigo*) e figuras de crianças obesas e de peso normal. Os pesquisadores também perguntaram às crianças com qual de duas crianças elas gostariam de brincar.

De modo geral, as crianças demonstraram tendenciosidade em favor de crianças parecidas consigo mesmas, mas isso (exceto pela preferência por crianças de mesmo se-

preconceito

Atitude desfavorável em relação a membros de certos grupos diferentes do seu, especialmente grupos raciais e étnicos.

xo) diminuía com a idade e com o desenvolvimento cognitivo. As meninas eram mais tendenciosas em relação a gênero, e os meninos em relação à etnicidade. Entretanto, as diferenças individuais eram significativas, e uma criança que era altamente preconceituosa em um aspecto não o era necessariamente em outro.

O preconceito pode ser diminuído ou eliminado ampliando-se a experiência da criança. Os programas mais eficazes fazem com que crianças de grupos diferentes trabalhem em prol de um objetivo comum, como nas equipes desportivas (Gaertner, Mann, Murrell e Dovidio, 1989).

Popularidade

A popularidade adquire importância na terceira infância. As crianças passam mais tempo com outras crianças, e sua auto-estima é bastante afetada pelas opiniões dos amigos. Os relacionamentos entre amigos na terceira infância prognosticam sua posterior adaptação (Masten e Coatsworth, 1998). As crianças que são estimadas pelos amigos tendem a ser bem adaptadas na adolescência. Aquelas que têm dificuldade de relacionamento com os amigos são mais propensas a desenvolver problemas psicológicos, a abandonar os estudos ou a tornarem-se delinquentes (Hartup, 1992; Kupersmidt e Coie, 1990; Morrison e Masten, 1991; Newcomb, Bukowski e Pattee, 1993; Parker e Asher, 1987).

As crianças populares geralmente possuem boas habilidades cognitivas e bom desempenho, são boas na resolução de problemas sociais, ajudam outras crianças e são assertivas sem serem destrutivas ou agressivas. São dignas de confiança, leais e abertas e oferecem apoio emocional. Suas habilidades sociais superiores fazem com que os outros gostem de estar em sua companhia (Masten e Coatsworth, 1998; Newcomb et al., 1993).

As crianças podem ser impopulares por muitos motivos, alguns dos quais podendo não estar totalmente sob seu controle. Algumas crianças impopulares são agressivas, algumas são hiperativas e desatenciosas, e algumas são retraídas (Dodge, Coie, Pettit e Price, 1990; Masten e Coatsworth, 1998; Newcomb et al., 1993; Pope, Bierman e Mumma, 1991). Outras agem de maneira tola e imatura ou ansiosa e insegura. Muitas vezes, são insensíveis aos sentimentos das outras crianças e não se adaptam bem a novas situações (Bierman, Smoot e Aumiller, 1993). Algumas demonstram indevido interesse em ficar com grupos do sexo oposto (Sroufe, Bennet, Englund, Urban e Shulman, 1993). Algumas crianças impopulares *esperam* não ser estimadas, e isso se converte em uma profecia autodeterminada (Rabiner e Coie, 1989).

E, muitas vezes, em família que as crianças adquirem comportamentos que influenciam a popularidade (Masten e Coatsworth, 1998). Pais democráticos tendem a ter filhos mais populares do que pais autoritários (Dekovic e Janssens, 1992). Filhos de pais que punem e ameaçam tendem a ameaçar ou a agir maldosamente com outras crianças; são menos populares do que crianças cujos pais conversam com elas e tentam ajudá-las a entender como a outra pessoa poderia sentir-se (Hart, Ladd e Bursleson, 1990).

Nas culturas ocidental e chinesa, existe uma ligação bidirecional entre desempenho acadêmico e competência social. Crianças com bom desempenho tendem a ser populares e socialmente habilidosas; crianças adaptadas e estimadas tendem a se sair bem na escola (Chen, Rubin e Li, 1997). Uma diferença é que a timidez e a sensibilidade são valorizadas na China, mas não nas culturas ocidentais. Assim, crianças que apresentam essas características tendem a ser mais populares na China - pelo menos na terceira infância (ver Quadro 10-2).

É possível treinar as crianças em habilidades sociais. Em um experimento, crianças de quinta e sexta séries aprenderam a travar uma conversa: como partilhar informações pessoais, como demonstrar interesse pelos outros fazendo perguntas e como oferecer ajuda e dar sugestões, convites e conselhos. Quando tiveram chance de praticar suas novas habilidades de conversação em um projeto de grupo com outras crianças, elas se tornaram mais estimadas pelos outros e interagiram mais com eles (Bierman e Furman, 1984).

Amizade

As crianças podem passar boa parte de seu tempo livre em grupos, mas é somente como indivíduos que elas formam amizades. A popularidade é a opinião do grupo de amigos sobre uma criança, mas a amizade é uma via de duas mãos. As amizades mais sólidas envolvem igual comprometimento e cooperação mútua (George e Hartmann, 1996; Hartup, 1992; Newcomb e Bagwell, 1995).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever em que aspectos os membros de um grupo de amigos tendem a ser semelhantes?
- ✓ Identificar efeitos positivos e negativos do grupo de amigos?

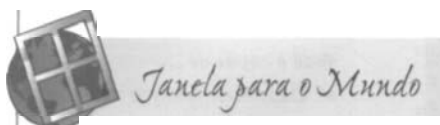
Pense sobre isso ...

- Como os pais e as escolas podem reduzir os preconceitos étnico, religioso e racial?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever as características de crianças populares e impopulares?
- ✓ Identificar influências familiares e culturais sobre a popularidade?

**Quadro 10-2****Popularidade: Uma Visão Intercultural**

Como a cultura afeta a popularidade? Uma criança que tem o que é necessário para ser popular em uma cultura seria igualmente popular em outra? Pesquisadores compararam 480 alunos de 2ª e 4ª séries em Xangai, China, com 296 crianças de mesma idade em Ontário, Canadá (Chen, Rubin e Sun, 1992). Embora as duas amostras fossem muito diferentes - nenhuma das crianças canadenses vinha de famílias de camponeses, mas muitas das crianças chinesas sim -, ambas eram representativas das crianças de idade escolar dos dois países.

Os pesquisadores avaliaram a popularidade das crianças por meio de dois tipos de percepções. As crianças faziam uma classificação sociométrica nomeando os três colegas com os quais mais e menos gostavam de estar e quais três colegas eram seus melhores amigos. Os resultados demonstraram que algumas características são valorizadas da mesma forma em ambas as culturas. Uma criança sociável, cooperativa, tende a ser popular tanto na China como no Canadá, e uma criança agressiva tende a ser rejeitada em ambos os países. Contudo, revelou-se uma diferença importante: crianças tímidas e sensíveis são estimadas na China, mas não no Canadá. Isso não é surpreendente. Crianças chinesas são encorajadas a terem cautela, a se conter e a inibir seus impulsos; assim, uma criança quieta e tímida é considerada bem-comportada. Em contraste, em uma cultura ocidental como a do Canadá, uma criança as-

sim tende a ser vista como socialmente imatura, medrosa e carente de autoconfiança.

Um estudo de seguimento nas idades de 8 e 10 anos (Chen, Rubin e Sun, 1995) voltou a constatar que as crianças chinesas tímidas e sensíveis eram populares entre os amigos. Elas também foram classificadas pelos professores como socialmente competentes, como líderes e como academicamente bem-sucedidas. Entretanto, aos 12 anos, uma mudança interessante havia ocorrido: crianças chinesas tímidas e sensíveis não eram mais populares. Na verdade, tendiam a ser rejeitadas pelos amigos, exatamente como nas culturas ocidentais.

É possível, portanto, que a timidez e a sensibilidade assumam significados diferentes na China quando as crianças entram na adolescência, quando as relações entre amigos tornam-se mais importantes e a aprovação de adultos, menos importante. Como no Ocidente, um jovem adolescente tímido pode carecer da assertividade e das habilidades de comunicação necessárias para estabelecer e para manter relacionamentos fortes com os amigos.

Esta pesquisa sugere que a influência da cultura pode ser moderada por processos de desenvolvimento que são mais ou menos universais. Mesmo na China, com sua forte tradição de obediência à autoridade, a influência de padrões sociais adultos pode decrescer à medida que se afirma o anseio das crianças de fazerem seus próprios julgamentos independentes sobre os amigos.

Um amigo é alguém por quem a criança sente afeto e com o qual se sente bem, gosta de fazer coisas e pode partilhar sentimentos e segredos. As crianças buscam amigos que sejam como elas: da mesma idade, do mesmo sexo e grupo étnico, com interesses comuns (Hartup, 1992).

Durante a terceira infância, as crianças tímidas e sensíveis são mais apreciadas na China do que nas culturas ocidentais, pois são consideradas bem-comportadas. As crianças dessa idade tendem a aceitar os padrões adultos de comportamento.





Amigos em idade escolar costumam dividir segredos - e risos - como Anna e sua amiga Christina estão fazendo. As amizades tornam-se mais profundas e estáveis na terceira infância, refletindo os desenvolvimentos cognitivo e emocional. As meninas costumam ter menos amigos, ainda que mais íntimos, do que os meninos.

Os conceitos que as crianças têm de amizade e sua forma de agir com os amigos mudam com a idade, refletindo os desenvolvimentos cognitivo e emocional. Amigos pré-escolares brincam juntos, mas a amizade entre crianças em idade escolar é mais profunda e mais estável. As crianças não podem ser ou ter verdadeiros amigos antes de adquirirem maturidade cognitiva para considerar as opiniões e as necessidades das outras pessoas bem como as suas (Hartup, 1992; Hartup e Stevens, 1999; Newcomb e Bagwell, 1995).

Com base em entrevistas com mais de 250 pessoas de 3 a 45 anos, Robert Selman (1980; Selman e Selman, 1979) determinou as mudanças que ocorrem na concepção da amizade através de cinco etapas sobrepostas (ver Tabela 10-1). Ele descobriu que a maioria das crianças em idade escolar estão na segunda etapa (amizade recíproca baseada em interesse próprio). Crianças com mais idade, a partir dos 9 anos, podem estar na terceira etapa (relacionamentos íntimos mutuamente compartilhados).

Crianças em idade escolar distinguem entre "melhores amigos", "bons amigos" e "amigos ocasionais" baseadas na intimidade que possuem e em quanto tempo passam juntas (Hartup e Stevens, 1999). As crianças dessa idade geralmente possuem de 3 a 5 "melhores" amigos com os quais passam a maior parte do tempo livre, mas costumam brincar com apenas um ou dois amigos por vez (Hartup, 1992; Hartup e Stevens, 1999). Doze por cento das crianças dessa idade possuem apenas um ou nenhum amigo (Hofferth, 1998).

Meninas em idade escolar preocupam-se menos em ter muitas amizades do que em ter algumas amizades íntimas com as quais possam contar; os meninos têm mais amizades, mas elas tendem a ser menos íntimas e carinhosas (Furman, 1982; Furman e Buhrmester, 1985; Hartup e Stevens, 1999). Em um estudo, 56 trios de mesmo sexo de 3ª, 4ª e 5ª séries foram observados discutindo questões pessoais, montando um quebra-cabeças, jogando um jogo competitivo e brincando livremente. Embora as interações íntimas fossem mais comuns entre as meninas e o comportamento agressivo entre os meninos, não houve diferença de responsividade, de domínio, de vitalidade ou de capacidade de cooperar (Lansford e Parker, 1999).

A amizade parece ajudar as crianças a se sentirem bem consigo mesmas, embora também seja provável que as crianças que se sentem bem a seu próprio respeito tenham mais facilidade para fazer amigos. Amigos conhecem-se bem, confiam um no outro, têm um sentimento de comprometimento um com o outro e tratam-se como semelhantes. Podem ajudar-se mutuamente a passar por transições estressantes, como frequentar uma nova escola ou adaptar-se ao divórcio dos pais. Evidentemente, o laço necessita ser forte o suficiente para suportar as inevitáveis brigas. Aprender a resolver conflitos é uma função importante da amizade (Furman, 1982; Hartup, 1992, 1996a, 1996b; Hartup e Stevens, 1999; Newcomb e Bagwell, 1995).

Tabela 10-1 Etapas da Amizade Segundo Selman

Etapa	Descrição	Exemplo
<i>Etapa 0: Parceria Momentânea</i> (3 a 7 anos)	Neste nível <i>indiferenciado</i> de amizade, as crianças são egocêntricas e têm dificuldade de levar em conta o ponto de vista do outro; tendem a pensar somente sobre o que querem de um relacionamento. A maioria das crianças muito jovens definem suas amizades em termos de proximidade física e valorizam-nas por atributos materiais ou físicos.	"Ela mora na minha rua" ou "Ele tem os Power Rangers".
<i>Etapa 1: Auxílio unidirecional</i> (4 a 9 anos)	Neste nível <i>unilateral</i> , um "bom amigo" faz o que a criança quer que o amigo faça.	"Ela não é mais minha amiga, pois não foi comigo quando eu queria" ou "Ele é meu amigo porque sempre diz "sim" quando eu peço a borracha emprestada".
<i>Etapa 2: Cooperação bidirecional</i> "de tempo bom" (6 a 12 anos)	Este nível recíproco sobrepõe-se à primeira etapa. Ele envolve trocas mútuas, mas ainda está a serviço de muitos interesses próprios separados, e não de interesses comuns dos dois amigos.	"Somos amigos; fazemos coisas um para o outro" ou "Amigo é alguém que brinca com você quando não há outra pessoa para brincar".
<i>Etapa 3: Relacionamentos íntimos mutuamente partilhados</i> (9 a 15 anos)	Neste nível mútuo, as crianças encaram uma amizade como possuidora de vida própria. Ela é um relacionamento constante, sistemático e comprometido que envolve mais do que fazer coisas um para o outro. Os amigos se tornam possessivos e exigem exclusividade.	"Leva-se muito tempo para fazer um amigo íntimo, e então a gente se sente mal ao descobrir que um amigo também está tentando fazer outros amigos".
<i>Etapa 4: Interdependência autônoma</i> (a partir dos 12 anos)	Nesta etapa <i>interdependente</i> , as crianças respeitam as necessidades dos amigos tanto de dependência quanto de autonomia.	"Uma boa amizade é um compromisso real, um risco que você precisa correr; é preciso apoiar, acreditar e dar, mas também é preciso saber deixar passar".

Fonte: Selman, 1980; Selman e Selman, 1979.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Distinguir popularidade de amizade?
- ✓ Relacionar as características que as crianças buscam nos amigos?
- ✓ Resumir como as amizades mudam com a idade?
- ✓ Comparar as amizades de meninos e de meninas?

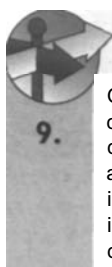
A amizade pode ter benefícios cognitivos. Como descrevemos no Capítulo 9, amigos que realizam tarefas escritas juntos tendem a produzir melhores composições. Os amigos geralmente cooperam melhor do que simples conhecidos. As amizades entre criança anti-sociais são mais conflituosas, e os problemas de comportamento aumentam quando as crianças possuem amigos anti-sociais (Hartup, 1996a, 1996b; Hartup e Stevens, 1999).

Mesmo crianças impopulares podem fazer amigos. Entretanto, têm menos amigos do que crianças populares e tendem a encontrá-los entre crianças mais novas, outras crianças impopulares ou crianças de outras turmas ou de outra escola (George e Hartmann, 1996). A rejeição dos amigos e a falta deles na terceira infância podem influenciar a adaptação a longo prazo. Em um estudo longitudinal, alunos de quinta série que não tinham amigos tinham mais tendência do que os colegas de apresentar sintomas de depressão no início da idade adulta. Jovens adultos que tiveram amigos na infância tinham melhor auto-estima (Bagwell, Newcomb e Bukowski, 1998).

Agressão e Ameaça

Durante os anos escolares, a agressão diminui e muda de forma (Coie e Dodge, 1998). A agressão *hostil* (agressão que visa a ferir o alvo) torna-se mais comum do que a *agressão instrumental* (agressão que visa a um objetivo), marca característica do período pré-escolar (Coie e Dodge, 1998). A agressão *explícita* (força física ou ameaças físicas) dá lugar à agressão *relacionai* ou social ("depreciar" ou espalhar boatos sobre outra pessoa, além de provocação, de manipulação e de tentativas de controle; ver Capítulo 8). A agressão relacionai torna-se particularmente comum entre as meninas. Crianças de 9 anos e com mais idade reconhecem tal comportamento como agressivo; percebem que ele deriva da raiva e visa a ferir os outros (Crick, Bigbee e Howes, 1996; Galen e Underwood, 1997).

Os agressores tendem a ser impopulares e ter problemas sociais e psicológicos, mas não se sabe se a agressão causa esses problemas ou é uma reação a eles (Crick e Grotpeter, 1995). Crianças altamente agressivas tendem a ir ao encontro de amigos semelhantes e a se incitarem mutuamente a cometer atos anti-sociais (Hartup, 1989, 1992, 1996a; Hartup e Stevens, 1999; Masten e Coastworth, 1998).



Indicador

Quais os tipos mais comuns de comportamento agressivo na terceira infância e que influências contribuem para isso?

Agressão e Processamento de Informações Sociais

O que faz com que as crianças ajam agressivamente? Uma resposta pode estar no modo como processam as informações sociais: a que características do ambiente social estão atentas e como interpretam o que percebem (Crick e Dodge, 1994, 1996).

Agressores hostis (também denominados *reativos*) tendem a ter uma *predisposição hostil*: acham que as outras crianças estão tentando feri-las e atacam com raiva em retaliação ou autodefesa (Crick e Dodge, 1996; Waldman, 1996). As crianças que buscam domínio e controle podem ser especialmente sensíveis a desfeitos, a provocações ou a outras ameaças à sua condição. Podem atribuir esse comportamento à hostilidade e reagir agressivamente (Erdley et al., 1997). Crianças rejeitadas também tendem a ter uma predisposição hostil (Coie e Dodge, 1998; Masten e Coatsworth, 1998). Como, de fato, as pessoas costumam tornar-se hostis em relação a alguém que age agressivamente com elas, a predisposição à hostilidade pode tornar-se uma profecia autodeterminada, pondo em marcha um ciclo de agressão.

Agressores instrumentais (ou *pró-ativos*) identificam a força e a coerção como modos eficazes de obter o que querem. Agem deliberadamente, e não por raiva. Em termos de aprendizagem social, são agressivos porque esperam ser recompensados por isso; quando *são* recompensados, sua crença na eficácia da agressão é reforçada (Crick e Dodge, 1996).

Os adultos podem ajudar as crianças a refrear a agressão *hostil* ensinando-lhes a reconhecer quando estão com raiva e como controlar sua raiva. A agressão *instrumental* tende a cessar se não for recompensada. Acima de tudo, as crianças agressivas precisam de auxílio para alterar o modo como processam as informações sociais, de modo que não interpretem a agressão como justificada ou útil (Crick e Dodge, 1996).

A Violência na Televisão Acarreta Agressão?

Relatos da quantidade de tempo que as crianças norte-americanas e canadenses passam assistindo à televisão variam entre 12 e 35 horas por semana (Hofferth, 1998; Sege e Dietz, 1994; Statistics Canada, 1997). Nos Estados Unidos, 58% de todos os programas de televisão no período de 1994 a 1995 e 61% no período de 1995 a 1996 continham alguma violência, segundo o Estudo Nacional da Violência na Televisão (Aidman, 1997). Segundo uma estimativa, atos visando a ferir ou a prejudicar os outros aparecem cerca de 8 a 12 vezes por hora em programas exibidos em horário nobre e cerca de 20 vezes por hora em programas infantis, incluindo desenhos (Sege e Dietz, 1994). Trinta e nove por cento dos programas infantis na televisão britânica contêm violência, principalmente tiroteios ou outras agressões físicas (Gunter e Harrison, 1997).

Pesquisas realizadas desde a década de 1960 indicam que as crianças que vêem violência na televisão comportam-se mais agressivamente (Coie e Dodge, 1998; National Institute of Mental Health [NIMH], 1982; Strauburger e Donnerstein, 1999). Isso se aplica a diversos pontos geográficos e níveis socioeconômicos, tanto para meninos como meninas, e para crianças normais, bem como para as que possuem problemas emocionais. Essas correlações, evidentemente, não provam que assistir à violência na televisão *causa* agressão, ainda que as descobertas sejam um forte indicativo disso. É possível que crianças já inclinadas à agressão assistam mais a programas violentos e tornem-se mais agressivas do que outras crianças depois de verem violência na tela. Mesmo assim, uma ampla gama de outras pesquisas, incluindo estudos experimentais e longitudinais, sustentam um relacionamento causal entre ver violência na televisão e agir agressivamente (Coie e Dodge, 1998; Geen, 1994; Huston et al., 1992; Strasburger e Donnerstein, 1999).

As crianças, especialmente aquelas cujos pais utilizam disciplina severa, são mais vulneráveis do que os adultos à influência da violência na televisão (Coie e Dodge, 1998). A pesquisa de aprendizagem social clássica sugere que as crianças imitam modelos filmados até mais do que modelos vivos (Bandura, Ross e Ross, 1963). A influência é mais forte se a



Pesquisas indicam que as crianças que vêem violência na televisão tendem a agir agressivamente. A influência de longo prazo é particularmente grande na terceira infância.

criança acredita que a violência na tela é real, identifica-se com um personagem violento e assiste à televisão sem a supervisão dos pais (Coie e Dodge, 1998; Huesmann e Eron, 1986).

Quando as crianças vêem violência na televisão, elas podem absorver os valores representados e passarem a ver a agressão como um comportamento aceitável. A maioria dos programas violentos não mostram as vítimas sofrendo ou os agressores sendo punidos. Pelo contrário, glorificam a violência. Ato violentos geralmente são recompensados e, com frequência, representados como engraçados. As crianças que vêem tanto heróis como vilões na televisão conseguindo o que querem mediante violência podem concluir que a violência é um modo eficaz de resolver conflitos e podem tornar-se menos sensíveis ao sofrimento que ela causa. Podem aprender a achar a violência normal e tornarem-se menos inclinadas a intervir quando a presenciarem (Gunter e Harrison, 1997; National Television Violence Study, 1996; NIMH, 1982; Sege e Dietz, 1994; Smith, 1993). Evidentemente, algumas crianças são mais impressionáveis, impulsivas e facilmente influenciadas do que outras (Johnson, 1996).

A influência de longo prazo da violência na televisão é maior na terceira infância do que em idades anteriores; crianças de 8 a 12 anos parecem particularmente suscetíveis (Eron e Huesmann, 1986). Entre 427 jovens adultos cujos hábitos de assistir à televisão tinham sido estudados aos 8 anos, o melhor prognosticador de agressividade em homens e mulheres de 19 anos era o grau de violência nos programas que viam quando crianças (Eron, 1980, 1982). Em um estudo de seguimento, a quantidade de horas vendo televisão aos 8 anos e a preferência dos meninos por programas violentos prognosticavam a gravidade de infrações criminosas aos 30 anos (Huesmann, 1986; Huesmann e Eron, 1984).

A Associação Americana de Psicologia (1993) convocou um esforço para reduzir a violência na televisão, incluindo limites na violência exibida entre as 6 da manhã e 10 da noite e etiquetas de advertência em fitas de vídeo que contêm material violento. Em 1996, o congresso norte-americano promulgou uma lei que exige que todos os televisores sejam equipados com um dispositivo eletrônico de bloqueio que os pais podem utilizar para bloquear programas censuráveis. A lei também estimula as redes de televisão a criarem um sistema de classificação da violência (Mifflin, 1996).

Valentões e Vítimas

A agressão torna-se intimidação quando ela é deliberada e persistentemente dirigida contra um determinado objeto: uma vítima que normalmente é fraca, vulnerável e indefesa. Valentões do sexo masculino tendem a fazer uso de força física (agressão explícita) e escolher meninos ou meninas como vítimas. Já as valentonas utilizam meios verbais e psicológicos (agressão relacionai) e tendem mais a vitimar outras meninas (Boulton, 1995).

Os padrões de intimidação e de formação de vítimas podem firmar-se desde a pré-escola. A medida que grupos de amigos provisórios formam-se, a agressão é dirigida a diversos alvos. Os agressores aprendem quais crianças são mais vulneráveis e concentram suas agressões nelas.

As vítimas tendem a ser ansiosas e submissas e a chorar com facilidade, ou serem argumentativas e provocadoras (Hodges, Boivin, Vitaro e Bukowski, 1999; Olweus, 1995). Tendem a ter baixa auto-estima - embora não esteja claro se a baixa auto-estima é causa ou consequência da perseguição. Vítimas do sexo masculino tendem a ser fisicamente fracos (Boulton e Smith, 1994; Olweus, 1995). As crianças que são intimidadas podem desenvolver problemas de comportamento, como hiperatividade e dependência excessiva, além de elas poderem tornar-se igualmente agressivas (Schwartz, McFadyen-Ketchum, Dodge, Pettit e Bates, 1998). Ter um melhor amigo parece oferecer alguma proteção contra esse tipo de intimidação (Hodges et al., 1999).

A terceira infância é a principal época para intimidação em muitos países industrializados. Em um estudo britânico, cerca de uma a cada três crianças de 8 e 9 anos foi identificada pelos amigos como agente ou vítima de intimidação. Todos os "valentões" eram do sexo masculino; as vítimas eram uniformemente divididas entre meninos e meninas. Essas identificações persistiram até o início do ano escolar seguinte, mesmo quando as turmas e os colegas mudavam (Boulton e Smith, 1994).

A probabilidade de ser intimidado, mas não de ser um agente de intimidação, parece diminuir regularmente durante a terceira infância e a adolescência. A medida que

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Dizer como a agressão muda durante a terceira infância e como o processamento de informações sociais e a violência na televisão podem contribuir para isso?

Pense sobre isso ...

- O que pode e deve ser feito em relação à exposição das crianças a programas de televisão violentos?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever como os padrões de intimidação e de formação de vítimas se estabelecem e mudam?

ganham idade, a maioria das crianças pode aprender a desencorajar as intimidações, diminuindo o número de vítimas disponíveis para escolha dos valentões (Smith e Levan, 1995).

A intimidação pode ser impedida ou prevenida. Um programa de intervenção da 4ª a 7ª série em escolas norueguesas diminuiu as intimidações pela metade e também reduziu outros comportamentos anti-sociais. Isso foi realizado através da criação de uma atmosfera de autoridade marcada por afetuosidade, interesse e envolvimento, aliados a limites firmes e à punição consistente, e não-física. Melhor supervisão e monitoramento nos horários de recreio e de almoço, regras de aula contra a intimidação e conversas sérias com os valentões, com as vítimas e com os pais faziam parte do programa (Olweus, 1995).

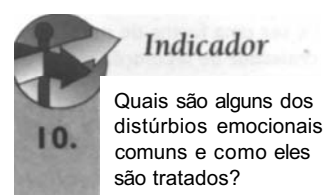
Pense sobre isso . . .

- O que os adultos podem e devem fazer para ajudar crianças impopulares, valentões e vítimas?

Saúde Mental

Entre 2.466 jovens de 7 a 16 anos em 1989, mais do que 8% haviam utilizado serviços de saúde mental durante o ano anterior e mais de 18% dos restantes tinham problemas que poderiam requerer tratamento clínico segundo seus pais e seus professores. Os problemas incluíam *retraimento ou problemas sociais* (ou querer ficar sozinho ou brincar com crianças menores ou ser reservado, rabugento, excessivamente dependente ou letárgico); *problemas de atenção ou de pensamento* (impulsividade, hiperatividade ou dificuldade para se concentrar e para fazer os deveres escolares); *ansiedade ou depressão* (sentir-se triste, não-amado, nervoso, amedrontado ou solitário); *agressão ou delinquência* (ser malvado, teimoso, explosivo, desobediente, destrutivo ou anti-social). Alguns problemas parecem estar associados a uma determinada fase na vida da criança e desaparecem sozinhos, mas outros precisam ser tratados para prevenir futuros problemas (Achenbach e Howell, 1993). Um estudo de problemas de saúde mental relatados por pais de mais de 13 mil crianças na Austrália, na Bélgica, na China, na Alemanha, na Grécia, em Israel, na Jamaica, nos Países Baixos, em Porto Rico, na Suécia, na Tailândia e nos Estados Unidos constatou queixas extraordinariamente semelhantes entre todas as culturas (Crijnen, Achenbach e Verhulst, 1999).

Nem todos os tipos de retraimento social indicam problemas de saúde mental e nem todos são igualmente problemáticos. Os pesquisadores identificaram quatro categorias: *ansiosa-passiva, não-sociável, isolada-ativa e triste/deprimida*. Crianças *ansiosas-passivas* são de temperamento tímido, querem brincar com as outras, mas são demasiado inibidas; crianças *não-sociáveis* são socialmente competentes, simplesmente gostam mais de brincar com objetos do que com pessoas e, assim, tendem a ser ignoradas pelos amigos. Em um estudo longitudinal que por quatro anos acompanhou 567 alunos de pré-escola de origem étnica e de condição socioeconômica mistas, as crianças ansiosas-passivas e não-sociáveis sofriam menos problemas sociais do que os outros dois tipos. As socialmente mais disfuncionais eram isoladas-ativas: crianças imaturas ou agressivas que eram as enfeitadas sociais. Crianças *tristes/deprimidas* tendiam a ser tímidas, imaturas e impopulares e a serem rejeitadas ou negligenciadas pelos amigos (Harrist, Zaia, Bates, Dodge e Pettit, 1997).



Distúrbios Emocionais Comuns

E durante o ensino fundamental que as crianças são cada vez mais encaminhadas a tratamento de saúde mental. Examinemos três tipos comuns de distúrbios: transtornos de comportamento disruptivo, transtornos de ansiedade e depressão.

Transtornos de Comportamento

Os acessos de raiva e de comportamento desafiante, argumentativo, hostil e deliberadamente irritante - comum entre crianças de 4 e 5 anos - geralmente estão superados na terceira infância. Quando esse padrão de comportamento persiste até os 8 anos, as crianças (geralmente os meninos) podem ser diagnosticados com o **transtorno desafiante opositivo (TDO)**. Algumas crianças com TDO progridem para um padrão repetitivo e persistente de atos agressivos anti-sociais, como cabular aulas, atear fogo, men-

transtorno desafiante opositivo (TDO)

Padrão de comportamento que persiste até a terceira infância, marcado pela negatividade, pela hostilidade e pela provocação.

transtorno de conduta (TC).
Padrão repetitivo e persistente de comportamento agressivo anti-social que viola as normas da sociedade ou os direitos dos outros.

fobia escolar

Medo irrealista de ir à escola; pode ser uma forma de *transtorno de ansiedade de separação* ou de *fobia social*.

transtorno de ansiedade de separação

Condição que envolve ansiedade excessiva e prolongada ligada ao afastamento de casa ou de pessoas às quais a criança é apegada.

fobia social

Medo extremo e/ou evitação de situações sociais.

depressão infantil

Transtorno afetivo caracterizado por sintomas como um sentimento prolongado de falta de amigos, incapacidade de ter prazer ou de se concentrar, fadiga, atividade extrema ou apatia, sentimentos de falta de valor, mudança de peso, queixas físicas e pensamentos sobre morte ou suicídio.

tir habitualmente, brigar, praticar vandalismo e usar de armas. Isso é chamado **transtorno de conduta (TC)**. Nos Estados Unidos, aproximadamente 9% dos meninos e 2% das meninas têm um transtorno de conduta (APA, 1994); no Canadá, ele afeta cerca de 7% dos meninos e 3% das meninas (Offord, Boyle, e Racine, 1989). Muitos jovens com transtorno de conduta também possuem o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (ver o Capítulo 9). Algumas crianças de 11 a 13 anos progridem do transtorno de conduta para a violência criminosa - assalto, estupro e arrombamentos - e, aos 17 anos, podem ser infratores freqüentes e perigosos (Coie e Dodge, 1998; ver a discussão de delinquência juvenil no Capítulo 12).

Fobia Escolar e Outros Transtornos de Ansiedade

Nicole desperta em um dia de aula reclamando de náusea, de dor de barriga ou de dor de cabeça. Assim que recebe permissão para ficar em casa, os sintomas desaparecem. Isso se repete todos os dias, e quanto mais tempo fica fora da escola, mais difícil é fazê-la voltar.

O comportamento de Nicole é típico de crianças com **fobia escolar**, um medo irrealista de ir à escola. Algumas crianças têm motivos realistas para evitar a escola: um professor sarcástico, um trabalho excessivamente exigente ou um "valentão" no pátio da escola (Kochenderfer e Ladd, 1996). Nesses casos, talvez seja preciso mudar o ambiente, e não a criança.

A verdadeira fobia escolar pode ser uma espécie de **transtorno de ansiedade de separação**, condição que envolve ansiedade excessiva por pelo menos quatro semanas ligada ao afastamento de casa ou de pessoas com as quais a criança é apegada. O transtorno de ansiedade de separação afeta cerca de 4% das crianças e dos jovens adolescentes e pode persistir até os anos de faculdade. Essas crianças, muitas vezes, pertencem a famílias muito unidas e carinhosas. Podem desenvolver o transtorno após a morte de um animal de estimação, de uma doença ou de uma mudança para uma nova escola (APA, 1994).

A fobia escolar também pode ser uma forma de **fobia social**: medo extremo e/ou evitação de situações sociais. A fobia social é muito mais comum do que antes se acreditava, afetando cerca de 5% das crianças e 8% dos adultos. As fobias sociais manifestam-se em determinadas famílias e, portanto, podem ter um componente genético. Essas fobias costumam ser desencadeadas por experiências traumáticas, como a criança "ter um branco" quando é chamada em aula. As crianças também desenvolvem fobias sociais observando como seus pais respondem às situações sociais (Beidel e Turner, 1998).

As crianças que sofrem de fobia escolar tendem a ser alunos medianos ou bons. Tendem a ser tímidas e inibidas fora de casa, mas caprichosas, teimosas e exigentes com os pais (Bernstein e Garfinkel, 1988). O elemento mais importante no tratamento é um retorno precoce e gradual à escola. Geralmente as crianças retornam sem muitos problemas depois de iniciado o programa.

Transtornos de ansiedade, como a ansiedade de separação e a fobia social, estão entre os problemas mentais de maior prevalência nos Estados Unidos para crianças e adultos; eles são duas vezes mais comuns em meninas e mulheres do que em meninos e homens. A maior vulnerabilidade feminina à ansiedade manifesta-se desde os 6 anos. As mulheres também são mais suscetíveis à depressão, a qual é semelhante à ansiedade em alguns aspectos e, muitas vezes, a acompanha (Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley e Allen, 1998). Tanto a ansiedade como a depressão podem envolver um *sistema de inibição do comportamento* de base neurológica: apreensão, atividade motora reduzida e espera atenta por um perigo previsto. A tendência à ansiedade e à depressão pode provir de experiências iniciais que fazem com que a criança sinta falta de controle sobre o que acontece a seu redor (Chorpita e Barlow, 1998).

Depressão Infantil

"Ninguém gosta de mim" é uma queixa comum entre crianças em idade escolar, as quais tendem a se preocupar com sua popularidade; contudo, um sentimento prolongado de carência de amigos pode ser um sinal de **depressão infantil**: um transtorno de humor que vai além da tristeza normal temporária. Outros sintomas podem incluir incapacidade de se divertir ou de se concentrar, fadiga, atividade extrema ou apatia, choro, problemas de sono, sentimentos de inutilidade, mudança de peso, queixas fisi-

cas ou pensamentos freqüentes sobre morte ou suicídio. Cinco de quaisquer desses sintomas, que durem pelo menos duas semanas, podem indicar depressão (APA, 1994). Caso os sintomas persistam, a criança deve receber auxílio psicológico. A depressão pode levar a uma tentativa de suicídio e, muitas vezes, indica o início de um problema recorrente que, se presente durante a adolescência, tende a persistir até a idade adulta (Birmaher, 1998; Birmaher et al., 1996; Cicchetti e Toth, 1998; Kye e Ryan, 1995; Weissman et al., 1999).

Estudos de gêmeos constataram que a herdabilidade da depressão infantil é apenas modesta. Crianças deprimidas tendem a pertencer a famílias disfuncionais, com níveis elevados de depressão, de ansiedade, de abuso de substâncias e de comportamento anti-social por parte dos pais. As primeiras interações com cuidadores podem preparar as bases para a emergência da depressão infantil. Os filhos de mães deprimidas podem não desenvolver sistemas normais de regulação da atenção, da excitação e dos estados emocionais (ver Quadro 6-2). Esses bebês tendem a desenvolver apegos inseguros e, com 1 ou 2 anos de idade, a carecer de um senso de identidade saudável (Cicchetti e Toth, 1998).

A depressão costuma surgir durante a transição para o ensino médio e pode estar relacionada com pressões acadêmicas (Cicchetti e Toth, 1998). A prevalência de depressão aumenta durante a adolescência. Até 2,5% das crianças e 8,3% dos adolescentes sofrem de depressão profunda em algum momento, e 15 a 20% podem sofrer um episódio em algum momento da adolescência. Entre 10 e 35% dos meninos e 15 e 40% das meninas que não procuram psicoterapia passam por crises de depressão (Petersen et al., 1993).

A partir da adolescência, as moças são mais sujeitas à depressão do que os rapazes (Birmaher et al., 1996; Cicchetti e Toth, 1998). Os motivos para a diferença são incertos; ela já foi atribuída a fatores genéticos, a alterações biológicas ligadas à puberdade, a predisposições cognitivas, à maior tendência das mulheres aos transtornos de ansiedade e ao modo como as meninas são socializadas (Birmaher et al., 1996).

As moças podem ser mais vulneráveis à depressão porque a tipificação de gênero leva-as a sentirem-se menos confiantes do que os rapazes, a terem menos auto-estima e a serem mais pessimistas em relação a suas capacidades. São mais inclinadas a atribuir seus êxitos a forças externas não-confiáveis (tais como sorte) e seus fracassos a suas falhas pessoais (Ruble, Greulich, Pomerantz e Gochberg, 1993). As moças adolescentes também tendem a ser mais insatisfeitas com sua aparência do que os rapazes (Tobin-Richards, Boxer e Petersen, 1983; ver Capítulo 12). Os homens podem ter modos mais eficazes de lidar com sentimentos depressivos: geralmente se distraem até se sentirem melhor, ao passo que as mulheres tendem a buscar os motivos para sua depressão (Petersen, Kennedy e Sullivan, 1991).

Técnicas de Tratamento

O tratamento psicológico para distúrbios emocionais pode ser feito de diversas maneiras. Na **psicoterapia individual**, um psicoterapeuta vê a criança individualmente para ajudá-la a compreender melhor sua personalidade e seus relacionamentos e a interpretar sentimentos e comportamentos. Esse tipo de tratamento pode ser útil em momentos de estresse, como morte de um dos pais ou o divórcio, mesmo que a criança não tenha apresentado sinais de perturbação. A psicoterapia para crianças geralmente é mais eficaz quando associada ao aconselhamento dos pais.

Na **terapia familiar**, o terapeuta vê a família em conjunto, observa as interações entre os integrantes e assinala tanto padrões produtores como inibidores de crescimento, (ou destrutivos) no funcionamento familiar. Às vezes, a criança cujo problema leva a família à terapia é, ironicamente, seu integrante mais saudável, respondendo abertamente a uma situação familiar perturbada. A terapia pode ajudar os pais a confrontar seus próprios conflitos e a começar a resolvê-los. Este, muitas vezes, é também o primeiro passo para a resolução dos problemas da criança.

psicoterapia individual

Tratamento psicológico em que um psicoterapeuta vê uma pessoa com problemas individualmente para ajudá-la a compreender melhor sua personalidade, seus relacionamentos, seus sentimentos e seu comportamento.

terapia familiar

Tratamento psicológico em que o terapeuta vê toda a família reunida para analisar os padrões de funcionamento familiar.



Os terapeutas que trabalham com crianças com problemas costumam encorajá-las a se expressarem brincando, o que as ajuda a exteriorizarem suas emoções.

terapia comportamental

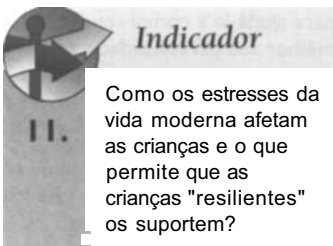
Abordagem terapêutica que utiliza os princípios da aprendizagem social para encorajar comportamentos desejados ou para eliminar comportamentos indesejados; também chamada de *modificação do comportamento*.

terapia medicamentosa

Administração de fármacos para tratar transtornos emocionais.

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Identificar causas e sintomas dos transtornos de conduta agressiva, de fobias sociais e de depressão infantil?
- ✓ Descrever e avaliar quatro tipos comuns de terapia para transtornos emocionais?



A **terapia comportamental** ou *modificação do comportamento* (ver Capítulo 2), é uma modalidade de psicoterapia que utiliza os princípios da teoria de aprendizagem para eliminar comportamentos indesejáveis (como acessos de raiva) ou desenvolver comportamentos desejáveis (como guardar os brinquedos depois de brincar). Neste último exemplo, toda vez que a criança guarda os brinquedos, ela recebe uma recompensa, como elogio, um presente ou uma ficha para ser trocada por um novo brinquedo.

Uma análise estatística de muitos estudos constatou que, em geral, a psicoterapia funciona com crianças e adolescentes, especialmente com adolescentes do sexo feminino. A terapia comportamental foi mais eficaz do que métodos não-comportamentais. Os melhores resultados ocorreram quando o tratamento era dirigido a problemas específicos e a resultados desejados (Weisz, Weiss, Han, Granger e Morton, 1995).

Durante a década de 1980, a utilização de **terapia medicamentosa** para tratar distúrbios emocionais da infância aumentou (Tuma, 1989). No Capítulo 9, mencionamos o uso de Ritalina para tratar a hiperatividade. Os antidepressivos são comumente prescritos para depressão, e os antipsicóticos para problemas psicológicos graves. Entretanto, muitos estudos constataram que os antidepressivos não são mais eficazes do que os *placebos* (substâncias sem ingredientes ativos) no tratamento de depressão em crianças e adolescentes (Fisher e Fisher, 1996; Sommers-Flanagan e Sommers-Flanagan, 1996).

Um estudo randomicamente controlado constatou que a fluoxetina (Prozac), a mais popular de uma nova classe de medicamentos amplamente utilizados chamados de *inibidores da recaptção seletiva de serotonina (IRSS)*, é, sim, superior aos placebos. Ela é mais segura e tem mais efeitos colaterais toleráveis do que outras classes de medicamentos (Birmaher, 1998). Uma equipe dos Institutos Nacionais de Saúde Mental obteve forte sustentação para a segurança e a eficácia a curto prazo dos IRSS (Rodrigues, 1999). Entretanto, o Prozac pode produzir perturbações do sono e alterações comportamentais, e seu efeitos a longo prazo são desconhecidos. Também existe o receio de que os IRSS sejam utilizados no lugar de terapias psicológicas, e não junto com elas (Rush-ton, Clark e Freed, 1999).

Estresse e Resiliência

Eventos estressantes fazem parte da infância, e a maioria das crianças aprende a enfrentá-los. Mas o estresse que se torna opressivo pode acarretar problemas psicológicos. Uma doença, o nascimento de um irmão, a frustração diária e a ausência temporária dos pais são fontes comuns de estresse para quase toda criança. O divórcio ou a morte dos pais, uma hospitalização, o abuso de substâncias pelos pais e a instabilidade da falta de moradia e a pobreza afetam muitas crianças. Algumas crianças sofrem o trauma da guerra, de terremotos, de seqüestro ou de abuso infantil. Esses graves estressores podem ter efeitos de longo prazo no bem-estar físico e psicológico. Mas algumas crianças apresentam notável resiliência para sobreviver a essas provações.

Os Estresses da Vida Moderna

O psicólogo infantil David Elkind (1981, 1984, 1986, 1997) chamou a criança da atualidade de "criança apressada". Ele adverte que as pressões da vida moderna estão obrigando as crianças a crescerem cedo demais e estão tornando suas infâncias estressantes demais. Hoje as crianças devem ter êxito na escola, competir nos esportes e satisfazer as necessidades emocionais dos pais. As crianças são expostas a muitos problemas adultos na televisão e na vida real antes de terem resolvido os problemas da infância. Elas sabem sobre sexo e violência e, quando vivem em lares de pais solteiros ou famílias em que pai e mãe trabalham, costumam arcar com responsabilidades adultas. Muitas crianças mudam-se com frequência e precisam mudar de escola e abandonar velhos amigos (Fowler, Simpson e Schoendorf, 1993; Simpson e Fowler, 1994). O ritmo intenso da vida também pode ser estressante (Hofferth e Sandberg, 1998). Contudo, as crianças não são pequenos adultos. Sentem e pensam como crianças e precisam dos anos de infância para um desenvolvimento saudável.

Considerando-se o volume de estresse ao qual as crianças são expostas, não deveria surpreender que se preocupem bastante. Em um levantamento e em entrevistas com alunos da 2ª à 6ª série de origens étnicas diversas em uma grande área metropolitana (Silverman, La Greca e Wasserstein, 1995), a escola apareceu como uma das maiores preocupações das crianças. O mesmo ocorreu com a saúde - a sua ou de outra pessoa.

Entretanto, a preocupação mencionada pelo maior número de crianças (56% da amostra) era ser prejudicado por outra pessoa: ser roubado, esfaqueado ou baleado.

Essas crianças não estavam em uma área de elevada criminalidade, nem haviam pessoalmente sofrido muitas agressões. Sua intensa ansiedade em relação à sua segurança parecia refletir as altas taxas de criminalidade e de violência na sociedade mais ampla, como mostram os meios de comunicação. Como deve ser mais estressante, portanto, a vida para crianças que estão em perigo real e constante - como uma criança de 6 anos em Washington, D.C., que viu sua mãe ser esmurrada no rosto por um dependente químico, ou uma criança de 10 anos que fugia apavorada depois de ver um homem ser baleado pelas costas na rua! Essas crianças urbanas são exemplos das muitas que vivem em meio à violência e sentem medo, ansiedade, aflição ou depressão (Garbarino, Dubrow, Kostelny e Pardo, 1992, 1998).

As crianças que crescem cercadas pela violência costumam ter problemas de concentração porque o medo impede-as de dormir o suficiente. Elas podem temer que suas mães as abandonem. Algumas se tornam agressivas a fim de esconderem seu medo ou se protegerem, ou simplesmente para imitarem o que vêem. Algumas se tornam insensíveis à brutalidade e passam a considerá-la normal. Muitas evitam apegar-se a outras pessoas por temerem mais dor e perda (Garbarino et al., 1992, 1998). As crianças que presenciam ou passam por experiências de violência pela primeira vez antes dos 11 anos têm três vezes mais chances de desenvolver sintomas psíquicos do que se sua primeira exposição for na adolescência (Davidson e Smith, 1990). (A Tabela 10-2 apresenta as típicas reações à violência nas diferentes idades.) As crianças com múltiplos riscos - aquelas que vivem em comunidades violentas, são pobres ou que recebem insuficiente atenção dos pais, educação e assistência média - são as que mais tendem a sofrer danos permanentes de desenvolvimento (Rutter, 1987).

As crianças que vivem em áreas de alta criminalidade não são as únicas diretamente expostas à violência. Em um levantamento do governo dos Estados Unidos em 1.234 escolas públicas de todo o país, 57% dos diretores haviam notificado incidentes de crime ou de violência às autoridades legais durante o ano letivo de 1996-1997, e 10% das escolas haviam sido palco para crimes violentos graves (assassinato, estupro, suicídio, roubo ou ataques ou brigas envolvendo armas). A maioria desses incidentes ocorreu em escolas de ensino fundamental e médio, mas 45% das escolas de ensino fundamental notificaram incidentes violentos e 4%, crimes violentos. A maioria das escolas (84%) não possuía guardas ou detectores de metal (NCES, 1998a).

Para reduzir a violência, a Academia Americana de Pediatria (1992) recomenda controlar e restringir a posse de armas e de munição, parar de romantizar o uso de armas na televisão e no cinema e ter adolescentes, com alto risco de se tornarem violentos, como alvo para serviços comunitários. A Comissão de Violência e Juventude da Associação Psicológica Americana recomenda programas comunitários recreativos e vocacionais (Youngstrom, 1992).

Tabela 10-2 Reações Típicas à Violência em Diferentes Idades

Idade	Reação
Segunda infância	Reações passivas e regressão (como enurese, agarrar-se, falar menos); medo de deixar a mãe ou de dormir sozinha; brincar agressivamente; problemas de sono.
Idade escolar	Agressividade, inibição, queixas somáticas (dores de cabeça, dores de barriga, etc); dificuldades de aprendizagem (esquecimento, problemas de concentração); dificuldades psicológicas (ansiedade, fobias, retraimento, negação); reações de pesar e de perda (desesperança, desespero, depressão, incapacidade para brincar, pensamentos suicidas, comportamento indiferente, destrutividade); agir de maneira dura para ocultar medos; atividades reduzidas.
Adolescência	Algumas das mesmas reações de crianças em idade escolar, além de atuação (<i>acting-out</i>) e comportamento autodestrutivo (abuso de drogas, delinquência, promiscuidade, reviver o trauma pondo sua vida em risco); identificação com o agressor (tornar-se violento, unir-se a uma gangue)

Fonte: Garbarino et al., 1992.

crianças resilientes

Crianças que resistem a situações adversas, funcionam bem a despeito de desafios ou de ameaças ou recuperam-se de eventos traumáticos que teriam um impacto altamente negativo no desenvolvimento emocional da maioria das crianças.

fatores de proteção

Influências que reduzem o impacto do estresse na infância e tendem a prognosticar resultados positivos.

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Explicar o conceito de Elkind de "criança apressada"?
- ✓ Nomear a fonte mais comum de medo e de ansiedade em crianças urbanas e dizer como os medos mudam com a idade?
- ✓ Identificar fatores de proteção que contribuem para a resiliência?

Lidando com o Estresse: A Criança Resiliente

Duas crianças de mesma idade e do mesmo sexo são expostas à mesma experiência estressante. Uma desaba enquanto a outra permanece emocionalmente saudável. Por quê?

Crianças resilientes são aquelas que resistem a situações que arruinariam a maioria das outras, que mantêm sua serenidade e sua competência diante de desafios ou ameaças ou que se recuperam de eventos traumáticos. Essas crianças não possuem qualidades misteriosas. Simplesmente conseguiram, a despeito de circunstâncias adversas, agarrar-se aos sistemas e aos recursos básicos que promovem um desenvolvimento positivo em crianças normais (ver Tabela 10-3). Os dois fatores de proteção mais importantes, que parecem ajudar as crianças a superar o estresse e que contribuem para a resiliência, são bons *relacionamentos familiares* e *funcionamento cognitivo* (Masten e Coatsworth, 1998).

Crianças resilientes tendem a ter bons relacionamentos e laços fortes com pelo menos um dos pais (Pettit, Bates e Dodge, 1997) ou cuidador. Se não for esse o caso, a criança pode ser próxima de pelo menos um outro adulto competente e carinhoso (Masten e Coatsworth, 1998).

Crianças resilientes tendem a ter alto QI e serem boas na resolução de problemas. Sua superior capacidade de processamento de informações pode ajudá-las a lidar com a adversidade, a se proteger, a controlar o comportamento e a aprender com a experiência. Podem atrair o interesse de professores, que podem atuar como orientadores, confidentes ou mentores (Masten e Coatsworth, 1998).

Outros fatores protetores citados com frequência (Eisenberg et al., 1997; Masten et al., 1990; Masten e Coatsworth, 1998; Werner, 1993) incluem:

- *Personalidade da criança*: Crianças resilientes são adaptáveis. São sociáveis, estimadas, independentes e sensíveis aos outros. Sentem-se e são competentes e têm elevada auto-estima. São criativas, imaginativas, independentes e sua companhia é agradável.
- *Risco reduzido*: Crianças que foram expostas a apenas um de diversos fatores fortemente relacionados a um transtorno psiquiátrico (como discórdia entre os pais, baixo nível social, mãe perturbada, pai criminoso e experiência com assistência ou instituição adotiva) costumam ser mais capazes de superar o estresse do que crianças que foram expostas a mais de um fator de risco.
- *Experiências de compensação*: Um ambiente escolar favorável ou experiências bem-sucedidas nos estudos, na música ou com outras crianças ou adultos podem ajudar a compensar uma vida doméstica destrutiva. Na idade adulta, um bom casamento pode compensar os maus relacionamentos pregressos da vida.

Tabela 10-3 Características de Crianças e Adolescentes Resilientes

Origem	Característica
Individual	Bom funcionamento intelectual Disposição atraente, sociável, fácil de lidar Eficácia própria, autoconfiança, elevada auto-estima Talentos Fé
Família	Relacionamento próximo com figura parental carinhosa Criação respeitável: afetuosidade, estrutura, grandes expectativas Vantagens socioeconômicas Vínculo com redes de apoio da extensa família
Contexto extrafamiliar	Laços com adultos pró-sociais fora da família Vínculos com organizações pró-sociais Frequentar boas escolas

Fonte: Masten e Coatsworth, 1998, p. 212.

Tudo isso não significa que as coisas ruins que acontecem na vida de uma criança não importam. De modo geral, crianças com experiências desfavoráveis têm mais problemas de adaptação do que crianças com experiências mais favoráveis. Algumas crianças exteriormente resilientes podem ter mágoas internas que podem ter consequências a longo prazo (Masten e Coatsworth, 1998). Mesmo assim, o que é animador nessas descobertas é que as experiências negativas da infância não determinam necessariamente o resultado da vida de uma pessoa e que muitas crianças têm força suficiente para enfrentar as situações mais difíceis.

As descobertas sobre a resiliência também indicam possíveis maneiras de promover um desenvolvimento mais positivo. Isso pode ser feito eliminando-se ou reduzindo o impacto de fatores de risco como baixo peso natal e falta de moradia, empregar recursos de compensação ou apoiar os processos de adaptação pelo aperfeiçoamento das relações entre pais e filhos e pela criação de experiências que construam eficácia pessoal (Masten e Coatsworth' 1998).

A adolescência é uma época igualmente estressante e cheia de riscos - mais ainda do que a terceira infância. Entretanto, a maioria dos adolescentes desenvolve a capacidade e a competência para lidar com os desafios que enfrentam, como veremos nos Capítulos 11 e 12.

Pense sobre isso...

- Como os adultos podem contribuir para a resiliência das crianças? Dê exemplos.

Resumo

O Desenvolvimento do Eu

Indicador 1. Como crianças em idade escolar desenvolvem um autoconceito realista e o que contribui para a auto-estima?

- O autoconceito torna-se mais realista durante a terceira infância. Segundo a teoria neopiagetiana, o desenvolvimento cognitivo permite que crianças de 7 a 8 anos formem **sistemas representacionais** - representações de si mesmas que são mais amplas e equilibradas do que antes.
- Segundo Erikson, a principal fonte de auto-estima é a concepção que as crianças têm de sua competência produtiva. Essa é a "virtude" que se desenvolve através da resolução da crise da terceira infância, **produtividade versus inferioridade**. Segundo a pesquisa de Susan Harter, a auto-estima ou valor pessoal global é sobretudo derivada do apoio social, bem como da auto-avaliação de uma criança.

Indicador 2. Como as crianças em idade escolar demonstram crescimento emocional?

- Crianças em idade escolar internalizaram a vergonha e o orgulho e são mais capazes de compreender e de controlar emoções negativas.
- A empatia e o comportamento pró-social aumentam.

A Criança na Família

Indicador 3. Como os relacionamentos entre pais e filhos mudam durante a terceira infância?

- Crianças em idade escolar são menos próximas dos pais e passam menos tempo com eles do que antes, mas os relacionamentos com os pais continuam sendo importantes. A cultura influencia os relacionamentos e os papéis familiares.
- A **co-regulação** é uma etapa intermediária na transferência do controle do pai para a criança. Ela pode afetar como as famílias lidam com os conflitos e como os pais lidam com a disciplina.

Indicador 4. Quais são os efeitos do emprego dos pais e da pobreza na atmosfera da família?

- O ambiente familiar tem dois principais componentes: a estrutura e a atmosfera familiar. Esta última inclui tanto o tom emocional com o bem-estar econômico.
- O impacto do emprego das mães depende de fatores como a idade, o sexo e o temperamento e a personalidade da criança; se a mãe trabalha em tempo integral ou em turno parcial; como ela se sente em relação ao trabalho; se ela possui um parceiro que a apoia; a situação socioeconômica da família e o tipo de cuidado que a criança recebe. Os lares com mães que trabalham fora tendem a ser mais estruturados e igualitários do que os lares com mães que não trabalham fora. O emprego da mãe tem influência positiva sobre o desempenho escolar em famílias de baixa renda, mas os meninos de famílias de classe média tendem a não se sair tão bem.
- Pais que vivem constantemente na pobreza podem ter dificuldades para prover a disciplina e o monitoramento eficazes e o apoio emocional.

Indicador 5. Que impacto a estrutura familiar tem no desenvolvimento das crianças?

- Muitas crianças de hoje crescem em estruturas familiares não-tradicionais: famílias constituídas só de pai ou mãe, segundas famílias, famílias de homossexuais e famílias chefiadas por avós ou por outros parentes. As crianças tendem a se sair melhor em **famílias tradicionais (intactas)**. A estrutura da família é menos importante em si do que em seus efeitos sobre a atmosfera familiar.
- Embora as crianças adotadas enfrentem desafios especiais, costumam ser bem-adaptadas. A **adoção aberta** não parece afetar a adaptação das crianças ou a satisfação dos pais.
- A adaptação dos filhos ao divórcio depende de fatores como a idade, o sexo, o temperamento e a adaptação social; como os pais lidam com a situação; esquemas de custódia e de visitação; condições financeiras; contato com o genitor que não tem, a custódia (geralmente o pai); condições relativas ao segundo

casamento do pai ou da mãe. A quantidade de conflito em um casamento e a probabilidade de sua continuação após o divórcio podem influenciar se as crianças estarão ou não em melhor situação caso os pais permaneçam juntos.

- Famílias constituídas só por um genitor são caracterizadas mais por mães solteiras do que por divórcio. As crianças que vivem com apenas um dos pais estão em maior risco de sofrerem problemas comportamentais e acadêmicos.
- O segundo casamento tem maior probabilidade de fracasso do que o primeiro. Os meninos tendem a ter mais dificuldade do que as meninas para se adaptar ao divórcio e à vida com um dos genitores, mas tendem a se adaptar melhor ao segundo casamento da mãe.
- A despeito da preocupação pública em relação às crianças que vivem com pais homossexuais, estudos não constataram efeitos desfavoráveis.

Indicador 6. Como os relacionamentos com os avós são afetados pelo divórcio, pelo emprego da mãe e por outras condições da família?

- O divórcio pode enfraquecer os laços entre os avós (geralmente os avós paternos) e os netos. Muitos avós cuidam dos filhos de pais que trabalham ou acolhem um pai ou mãe solteira ou separada e seus filhos em suas casas. Há cada vez mais crianças sendo educadas por avós ou por outros parentes.

Indicador 7. Como os irmãos influenciam e relacionam-se uns com os outros?

- Os papéis e as responsabilidades dos irmãos em sociedades não-industrializadas são mais estruturadas do que em sociedades industrializadas.
- Os irmãos aprendem sobre a resolução de conflitos relacionado-se uns com os outros. Os relacionamentos com os pais influenciam os relacionamentos entre irmãos.

A Criança no Grupo de Amigos

Indicador 8. Como os relacionamentos com os amigos mudam na terceira infância e o que influencia a popularidade e a escolha das amizades?

- O grupo de amigos torna-se mais importante na terceira infância. Grupos de amigos geralmente consistem de crianças que são semelhantes em idade, sexo, etnicidade e condição socioeconômica e que vivem perto uma das outras ou freqüentam a mesma escola.
- O grupo de amigos ajuda as crianças a desenvolver habilidades sociais, permite que elas testem e adotem valores independentes dos pais, dá-lhes um sentimento de afiliação e ajuda-as a desenvolver o autoconceito. Um efeito negativo é o incentivo à pressão do grupo; outro é o reforço do **preconceito** em relação a membros de outros grupos.
- A popularidade influencia a auto-estima e a futura adaptação. Crianças populares tendem a ter boas capacidades cognitivas

e habilidades sociais. Os comportamentos que afetam a popularidade podem ser provenientes dos relacionamentos familiares e dos valores culturais.

- A intimidade e a estabilidade dos relacionamentos aumenta durante a terceira infância. Os meninos tendem a ter mais amigos, ao passo que as meninas têm amizades mais íntimas.

Indicador 9. Quais são os tipos mais comuns de comportamento agressivo na terceira infância e que influências contribuem para isso?

- Durante a terceira infância, a agressividade normalmente diminui. A agressão relacional torna-se mais comum do que a agressão explícita, especialmente entre as meninas. Além disso, a agressão instrumental dá lugar à agressão hostil. Crianças muito agressivas tendem a ser impopulares e mal-adaptadas.
- A agressão pode ser provocada por um processamento de informações problemático (uma inclinação hostil). A agressividade promovida pela exposição à violência na televisão na terceira infância pode se estender até a idade adulta.
- A terceira infância é a principal época para **intimidação** entre crianças; os padrões podem estabelecer-se já na pré-escola. As vítimas tendem a ser fracas e submissas ou contenciosas e provocativas. Geralmente possuem pouca habilidade física e baixa auto-estima. A probabilidade de ser intimidado diminui durante a terceira infância e a adolescência.

Saúde Mental

Indicador 10. Quais são alguns dos distúrbios emocionais comuns e como eles são tratados?

- Os transtornos emocionais e comportamentais comuns entre crianças em idade escolar incluem o **transtorno desafiante opositivo (TDO)**, o **transtorno de conduta (TC)**, a **fobia escolar** (uma forma de **transtorno de ansiedade de separação**) e a **depressão infantil**.
- As técnicas de tratamento incluem a **psicoterapia individual**, a **terapia familiar**, a **terapia comportamental**, e a **terapia medicamentosa**.

Indicador 11. Como os estresses da vida moderna afetam as crianças e o que permite que as crianças "resilientes" os suportem?

- Como resultado das pressões da vida moderna, muitas crianças estão experimentando uma infância mais breve e estressante. As crianças tendem a se preocupar com a escola, a saúde e a segurança pessoal.
- As **crianças resilientes** são mais capazes do que outras de suportar estresse. **Fatores protetores** relacionados à capacidade cognitiva, aos relacionamentos familiares, à personalidade, ao grau de risco e às experiências compensatórias estão associados à resiliência.

Palavras-Chave

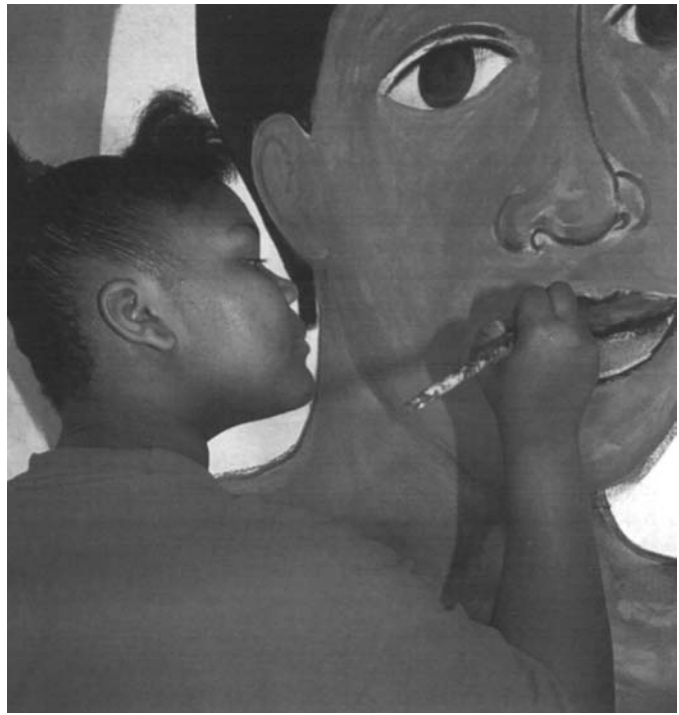
sistemas representacionais (401)
produtividade *versus* inferioridade (402)
co-regulação (404)
famílias tradicionais (intactas) (407)
adoção aberta (410)
preconceito (418)
intimidação (424)

transtorno desafiante opositivo (TDO) (425)
transtorno de conduta (TC) (426)
fobia escolar (426)
transtorno de ansiedade de separação (426)
fobia social (426)
depressão infantil (426)
psicoterapia individual (427)

terapia familiar (427)
terapia comportamental (428)
terapia medicamentosa (428)
crianças resilientes (430)
fatores de proteção (430)

Parte Cinco

Adolescência



*N*a adolescência, a aparência dos jovens muda; como resultado dos eventos hormonais da puberdade, adquirem corpos de adultos. Seu pensamento também muda; são mais capazes de pensar em termos abstratos e hipotéticos. Seus sentimentos mudam sobre quase tudo. Todas as áreas de desenvolvimento convergem à medida que os adolescentes confrontam sua principal tarefa: firmar uma identidade - inclusive uma identidade sexual - que será levada à idade adulta.

Nos Capítulos 11 e 12, vemos como os adolescentes incorporam as drásticas mudanças em sua aparência, seus intrigantes anseios físicos e suas novas capacidades cognitivas a seu senso de identidade. Vemos como o grupo de amigos serve como campo de teste para as idéias dos adolescentes sobre a vida e sobre si mesmos. Observamos os riscos e os problemas que surgem durante os anos adolescentes, bem como as forças características dos adolescentes.

Conexões a Procurar

- Tanto influências hormonais como sociais podem contribuir para a exacerbação das emoções e para a instabilidade do humor na adolescência.
- A maturação física precoce ou tardia pode afetar a adaptação emocional e a social.
- O conflito entre os adolescentes e seus pais pode, às vezes, dever-se a aspectos imaturos do pensamento adolescente.
- O envolvimento dos pais e os estilos parentais influenciam o desempenho acadêmico.
- A capacidade de jovens de baixa renda de se saírem bem na escola pode depender da disponibilidade dos recursos familiares e comunitários.
- As características físicas desempenham um papel importante na formação do autoconceito dos adolescentes.
- As moças que têm informações a respeito de sexo são as que mais tendem a adiar a atividade sexual.
- A intensidade e a intimidade das amizades adolescentes deve-se, em parte, ao desenvolvimento cognitivo.

Adolescência: Uma *Prévia*



Capítulo 11

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Adolescência

O crescimento físico e outras mudanças são rápidos e profundos.

Efetiva-se a maturidade reprodutiva.

Os principais riscos à saúde derivam de questões comportamentais, como os distúrbios alimentares e o abuso de drogas.

Desenvolve-se a capacidade de pensar de maneira abstrata e de utilizar o raciocínio científico.

O pensamento imaturo persiste em algumas atitudes e em alguns comportamentos.

A educação concentra-se na preparação para a faculdade ou para vocações.



Capítulo 12

Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência

A busca de identidade, inclusive a identidade sexual, torna-se fundamental.

Os grupos de amigos ajudam a desenvolver e a testar o autoconceito, mas também podem exercer uma influência anti-social.

Os relacionamentos com os pais geralmente são bons.

Capítulo 11

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Adolescência





que eu gosto em meus adolescentes é que eles ainda não endureceram. Nós todos confundimos endurecimento e força. Devemos buscar a força, mas não a insensibilidade.

Anais Nin, Os Diários de Anais Nin, Vol. IV



Anne Frank

Foco:

Anne Frank, Cronista do Holocausto*

No aniversário de 13 anos de Anne Frank em 12 de junho de 1942, seus pais lhe presentearam com um diário. Esse pequeno volume encadernado com tecido foi o primeiro dos diversos cadernos nos quais Anne registrou suas experiências e suas reflexões durante os dois anos seguintes. Mal ela sonhava que seus apontamentos tornar-se-iam um dos mais célebres relatos publicados sobre as vítimas do Holocausto durante a Segunda Guerra Mundial.

Anne Frank (1929-1945), seus pais, Otto e Edith Frank, e sua irmã mais velha, Margot, eram judeus alemães que fugiram para Amsterdã depois que Hitler tomou o poder em 1933, apenas para ver a Holanda ser dominada pelos nazistas sete anos depois. No verão de 1942, quando os nazistas começaram a reunir os judeus holandeses para deportá-los para os campos de concentração, a família passou a se esconder nos andares superiores do prédio ocupado pela empresa farmacêutica de Otto Frank. Por trás de uma porta encoberta por um armário móvel, uma escada íngreme conduzia às quatro peças que Anne chamava de "Anexo Secreto". Por dois anos, permaneceram nesses aposentos fechados com um casal de nome "Van Daan", seu filho de 15 anos, "Peter", e um dentista de meia-idade, "Albert Dussel" *, que dividia um quarto com Anne. Então, em 4 de agosto de 1944, agentes da polícia secreta alemã e holandesa fizeram uma batida no "Anexo Secreto" e enviaram seus ocupantes para campos de concentração, onde todos, exceto o pai de Anne, morreram.

Os escritos de Anne, publicados por Otto Frank depois da guerra, descrevem a vida que os fugitivos levavam. Durante o dia, eles precisavam ficar totalmente em silêncio para não chamar a atenção das pessoas nos escritórios do andar inferior. Eles não viam ninguém exceto alguns cristãos de sua confiança que arriscavam a vida para trazer alimentos, livros, jornais e suprimentos essenciais. Arriscar-se a sair - o que teria sido necessário para substituir as roupas de Anne que em pouco tempo não lhe serviriam mais ou para corrigir sua crescente miopia - era impensável.

O diário revela pensamentos, sentimentos, devaneios e alterações de humor de uma adolescente introspectiva e bem-humorada amadurecendo sob condições traumáticas. Anne escreveu sobre sua preocupação com sua "feiúra", sobre seu desejo por "uma mãe real que me compreenda" e sobre sua adoração pelo pai (Frank, 1958, p. 36, 110). Ela expressou desespero pelas constantes críticas dos adultos às suas falhas e o aparente favoritismo dos pais por sua irmã. Ela escreveu sobre seus medos, seu anseio por independência e suas aspirações pela carreira de escritora.

* As fontes de informação sobre a vida de Anne Frank foram Bloom (1999); Frank (1958,1995), Lindwer (1991), Müller (1998) e Netherlands State Institute for War Documentation (1989). Os números de página citados referem-se à versão de 1958 do diário publicada como brochura.

** Nomes fictícios que Anne inventou para usar em seu diário.

S U M Á R I O

Foco: Anne Frank, Cronista do Holocausto

Adolescência: Uma Transição no Desenvolvimento

DESENVOLVIMENTO FÍSICO

Puberdade: O Fim da Infância

Como a Puberdade se Inicia
Tempo, Sequência e Sinais de Maturação

Efeitos Psicológicos da Maturação
Precoce e Tardia

Saúde Física e Mental

Boa Forma Física
Necessidades de Sono
Distúrbios de Nutrição e de Alimentação

Uso e Abuso de Drogas
Morte na Adolescência

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Aspectos da Maturação Cognitiva

Estágio de Operações Formais de Piaget

Elkind: Aspectos Imaturos do Pensamento Adolescente

Julgamento Moral: A Teoria de Kohlberg

Questões Educacionais e Vocacionais

Influências no Desempenho Escolar

Abandono da Escola

Planejamento Educacional e Vocacional

À medida que aumentavam as tensões no "Anexo Secreto", Anne perdeu o apetite e começou a tomar uma medicação antidepressiva. Com o tempo, porém, ela se tornou menos autopiedosa e mais séria. Quando se recordava de sua existência despreocupada de antes, sentia-se uma pessoa diferente daquela que havia "adquirido sabedoria dentro destas paredes" (p. 149).

Profundamente consciente de seu despertar sexual, Anne escreveu: "Eu acho o que está acontecendo comigo tão maravilhoso, e não apenas o que pode ser visto em meu corpo, mas tudo que está acontecendo dentro de mim... Cada vez que menstruo... tenho a sensação de que... tenho um doce segredo, e... eu sempre anseio por momentos em que sinta esse segredo dentro de mim outra vez" (p. 115-116).

Anne inicialmente considerara Peter tímido e desengonçado - uma companhia pouco promissora, mas, com o tempo, ela passou a visitá-lo em sua peça no sótão para longas conversas íntimas e, por fim, seu primeiro beijo. Seu diário registra o conflito entre sua excitante paixão sexual e sua rígida educação moral.

Um dos últimos registros no diário data de 15 de julho de 1944, menos de três semanas antes da batida policial e oito meses antes da morte de Anne: "... apesar de tudo, eu ainda acredito que, no fundo, as pessoas são boas... ouço o trovão cada vez mais próximo, que irá nos destruir também; posso sentir o sofrimento de milhões e, mesmo assim, quando dirijo o olhar para os céus, penso que tudo vai dar certo, que essa crueldade também irá terminar, e que a paz e a tranqüilidade voltarão a reinar" (p.233).

 comovente história da adolescência tragicamente abreviada de Anne Frank enfatiza o insistente papel da biologia e suas inter-relações com a experiência interior e exterior. A "maioridade" de Anne deu-se sob condições altamente incomuns. Entretanto, sua maturação física normal prosseguiu, juntamente com inúmeras mudanças cognitivas e psicossociais exacerbadas por suas estressantes circunstâncias.

Neste capítulo, descreveremos as transformações físicas da adolescência e como elas afetam os sentimentos dos jovens. Examinaremos o impacto da maturação precoce e tardia e discutiremos questões de saúde associadas a essa fase da vida. No campo do desenvolvimento cognitivo, examinaremos o estágio de operações formais de Piaget, o qual permite que uma jovem como Anne imagine um mundo ideal. Também examinaremos alguns aspectos imaturos do pensamento dos adolescentes e seu desenvolvimento moral. Por fim, exploraremos questões de educação e de escolha profissional, as quais continuavam a preocupar Anne, mesmo em sua limitada situação.

Depois de ler e de estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:

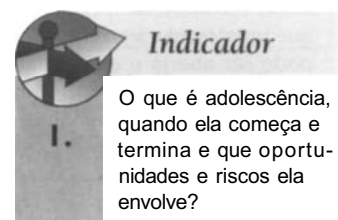


1. O que é adolescência, quando ela começa e termina e que oportunidades e riscos ela envolve?
2. Que mudanças físicas ocorrem nos adolescentes e como essas mudanças os afetam psicologicamente?
3. Quais são alguns dos riscos e dos problemas de saúde comuns na adolescência?
4. Como o pensamento dos adolescentes difere do de crianças mais jovens?
5. Em que base os adolescentes fazem julgamentos morais?
6. Que influências afetam o êxito no ensino médio e por que alguns alunos abandonam os estudos?
7. Quais são alguns dos fatores no planejamento educacional e vocacional?

____Adolescência: Uma Transição no Desenvolvimento

Rituais para marcar a chegada de uma criança à "maioridade" são comuns em muitas sociedades. Ritos de passagem podem incluir bênçãos religiosas, separação da família, testes rigorosos de força e resistência, marcação do corpo de alguma forma (ver Quadro 11-1) ou atos de magia. O ritual pode ser realizado em uma determinada idade; por exemplo, as cerimônias de *bar mitzvah* e *bat mitzvah* marcam o momento a partir do qual um menino ou menina judia de 13 anos assume a responsabilidade de seguir a observância religiosa tradicional. Mas um ritual também pode estar ligado a um evento específico, como a primeira menstruação de uma moça, a qual, nas tribos Apache, é comemorada com um ritual de quatro dias de cânticos do amanhecer ao pôr-do-sol.

Nas sociedades industriais modernas, a passagem para a idade adulta geralmente é menos abrupta e menos claramente marcada. Ao contrário disso, essas sociedades



Os Apaches do sudoeste dos Estados Unidos comemoram o ingresso de um moça na puberdade com um ritual de quatro dias, que inclui roupas especiais, um cobertor simbólico e cânticos do nascer ao pôr-do-sol.



Janela para o Mundo

Quadro 11-1 Mutilação Genital Feminina

Muitas sociedades tradicionais têm rituais de maioridade que indicam o ingresso na comunidade adulta. Um costume amplamente praticado em algumas regiões da África, do Oriente Médio, do sudeste da Ásia e da América Central e do Sul é a cirurgia para modificar os genitais femininos (Samad, 1996).

Essa prática de 4 mil anos, eufemisticamente chamada de *circuncisão feminina*, é denominada *mutilação genital feminina* (MGF) pela organização Mundial de Saúde. A operação - geralmente realizada sem anestesia em meninas de diversas idades, desde o primeiro ano de vida à adolescência - envolve a *clitoridectomia*, a remoção de parte ou de todo o clitóris. Sua forma mais extrema, a *infibulação*, inclui clitoridectomia total, além de remoção de partes dos lábios vaginais, cujas bordas expostas são então suturadas com categut ou presas por espinhos, deixando-se apenas uma diminuta abertura para o sangue menstrual e a urina. Quando a mulher casa-se, a cicatriz pode ser aberta e então alargada para o parto (Council on Scientific Affairs, 1995; Samad, 1996). Estima-se que 100 milhões de mulheres em todo o mundo fizeram essa cirurgia, e de 4 a 5 milhões de meninas são a ela submetidas a cada ano (American Academy of Pediatrics [AAP], 1998).

Os objetivos desses procedimentos incluem a preservação (e prova) da virgindade antes do casamento, a redução do apetite sexual, a manutenção do asseio, o aumento da fertilidade, o realce da beleza e a afirmação da feminilidade através da remoção do clitóris "masculino". Em algumas culturas, uma moça não-circuncidada não é considerada digna de se casar. (Council on Scientific Affairs, 1995; Lightfoot-Klein, 1989; Samad, 1996).

Além da perda de satisfação sexual, as consequências da MGF podem incluir disfunção psicológica e vários problemas de saúde imediatos ou de longo prazo, como choque, infecção, hemorragia, danos à uretra ou ao ânus, tétano, incapacidade para urinar normalmente, intercurso doloroso, complicações

de parto, esterilidade e até mesmo morte (Council on Scientific Affairs, 1995; Lightfoot-Klein, 1989; Samad, 1996).

Em mais de 20 países onde essas operações são praticadas, autoridades governamentais, médicos e grupos feministas têm tentado pôr um fim a elas. Contudo, como muitas mulheres acreditam na MGF e como ela é sancionada por alguns líderes religiosos, a prática continua (MacFarquhar, 1996; Samad, 1996). Em um levantamento de 5.868 mulheres sudanesas, quase 90% tinham "circuncidado" ou pretendiam circuncidar suas filhas, e cerca de 50% eram a favor da forma mais radical do procedimento (Williams e Sobieszczyk, 1997). A MGF tem sido praticada entre refugiados africanos na Europa e na América do Norte - estima-se que ocorram 40 mil operações a cada ano nos Estados Unidos (MacFarquhar, 1996).

O congresso dos Estados Unidos tornou essa prática ilegal em 1996, e diversos países, incluindo a Grã-Bretanha, a França, a Suécia e a Suíça, também a proibiram. Em 1999, um tribunal de Paris condenou uma mulher africana a oito anos de prisão por extirpar os genitais de 48 meninas (Simons, 1999). Embora em 1996 a proibição pelo Ministério da Saúde Egípcio tenha encontrado muita oposição local, no final de 1997, ela foi mantida pela Corte Administrativa Suprema daquele país.

A Organização Mundial da Saúde, a Associação Mundial de Medicina, o Conselho de Assuntos Científicos da Associação Americana de Medicina e a Academia Americana de Pediatria condenam a MGF como prejudicial e abusiva. Uma organização britânica, a Fundação para a Pesquisa e para o Desenvolvimento da Saúde Feminina (FORWARD), criada para aumentar a consciência sobre a MGF, considera tal prática uma violação dos direitos humanos. Apesar de certa resistência à interferência em uma prática que reflete crenças culturais (Samad, 1996), essas organizações têm exortado os médicos a não participar desse tipo de cirurgia e a educar os pacientes e suas famílias para seus perigos.

adolescência

Transição no desenvolvimento entre a infância e a idade adulta que envolve grandes mudanças físicas, cognitivas e psicossociais.

puberdade

Processo pelo qual uma pessoa alcança a maturidade sexual e a capacidade de reprodução.

reconhecem um longo período de transição conhecido como **adolescência**, uma transição no desenvolvimento entre a infância e a idade adulta que envolve grandes mudanças físicas, cognitivas e psicossociais inter-relacionadas.

A adolescência dura aproximadamente 10 anos, dos 11 ou 12 anos até pouco antes ou depois dos 20 anos. Seu ponto de início ou de término não é claramente definido. Em geral, considera-se que a adolescência começa com a **puberdade**, processo que conduz à maturidade sexual ou fertilidade, ou seja, a capacidade de reprodução.* Antes do século XX, as crianças das culturas ocidentais entravam no mundo adulto quando amadureciam fisicamente ou quando iniciavam um aprendizado vocacional. Hoje, o ingresso na idade adulta leva mais tempo e é menos bem-definido. A puberdade começa mais cedo do que antes, e o ingresso em uma profissão tende a ocorrer mais tarde, pois sociedades complexas exigem períodos mais longos de educação ou de treinamento profissional para que o jovem possa assumir responsabilidades adultas.

* N. de T.: Alguns utilizam o termo *puberdade* como referente ao ponto final da maturação sexual, e referem-se ao processo como *pubescência*, mas nossa utilização conforma-se à maioria dos psicólogos da atualidade.

A sociedade norte-americana contemporânea possui diversos marcadores para o ingresso na idade adulta. Existem definições *legais*: aos 17 anos os jovens podem se alistar nas forças armadas; aos 18, na maioria dos Estados norte-americanos, podem casar-se sem permissão dos pais; dos 18 aos 21 (dependendo do Estado), podem participar de contratos legais. Utilizando-se definições *sociológicas*, as pessoas podem autodenominar-se adultos quando se sustentam ou escolheram uma profissão, casaram-se ou formaram um relacionamento significativo, ou iniciaram uma família. Também existem definições *psicológicas*. Costuma-se considerar que a maturidade cognitiva coincide com a capacidade de pensamento abstrato. A maturidade emocional pode depender de realizações, como descobrir nossa identidade, tornar-se independente dos pais, desenvolver um sistema de valores e formar relacionamentos. Algumas pessoas nunca saem da adolescência, não importando sua idade cronológica.

O início da adolescência (aproximadamente dos 11 ou 12 aos 14 anos de idade), a transição de saída da infância, oferece oportunidades de crescimento - não apenas em dimensões físicas, mas também em competência cognitiva e social, em autonomia, em auto-estima e em intimidade. Esse período também possui grandes riscos. Alguns jovens têm dificuldade para lidar com tantas mudanças de uma só vez e podem precisar de auxílio para superar os perigos ao longo do caminho. A adolescência é uma época de aumento da diferença entre a maioria dos jovens: alguns estão direcionados a uma idade adulta satisfatória e produtiva, enquanto uma minoria considerável (de aproximadamente 20%) terá que enfrentar muitos problemas (Offer, 1987; Offer e Schonert-Reichl, 1992).

Os adolescentes norte-americanos de hoje enfrentam maiores ameaças a seu bem-estar físico e mental do que os adolescentes de épocas anteriores (Petersen, 1993; Takamishi, 1993). Esses perigos incluem gravidez e parto precoces (ver Capítulo 12) e altas taxas de mortalidade por acidente, homicídio e suicídio (National Center for Health Statistics [NCHS], 1998a). Esses problemas não são típicos em outros países desenvolvidos (Petersen, 1991). Padrões de comportamento que contribuem para esses riscos, como consumo excessivo de bebidas alcoólicas, abuso de drogas, atividade sexual, participação em gangues, uso de motocicleta sem capacete e uso de armas de fogo, se estabelecem no início da adolescência (Petersen, 1993; Rivara e Grossman, 1996). Contudo, apesar dos riscos desse período, a maioria dos jovens passa pelos anos de adolescência com boa saúde física e mental.

Pense sobre isso...

- Quais são algumas das implicações de se alcançar a maturidade sexual anos antes da idade costumeira para se casar e de alcançar a maturidade física anos antes de conquistar a independência dos pais?
- Algumas pessoas afirmam que proibir a mutilação genital feminina significa impor valores culturais ocidentais às culturas não-ocidentais. Como você responderia essa questão?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Citar três modos distintos de definir o ingresso na idade adulta?
- ✓ Identificar alguns padrões de comportamento de risco comuns na adolescência?

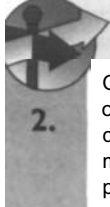
Desenvolvimento Físico

Puberdade: O Fim da Infância

As mudanças biológicas da puberdade, que sinalizam o fim da infância, resultam em rápido crescimento em altura e peso, mudanças nas proporções e na forma do corpo e obtenção de maturidade sexual. Essas mudanças físicas radicais fazem parte de um longo e complexo processo de amadurecimento que se inicia mesmo antes do nascimento, e suas ramificações psicológicas continuam até a idade adulta.

Como a Puberdade se Inicia

A puberdade começa com um rápido aumento na produção dos hormônios sexuais. Primeiramente, em algum momento entre os 5 e 9 anos, as supra-renais passam a segregar maiores quantidades de androgênios, os quais participam do crescimento dos pêlos pubianos, axilares e faciais. Alguns anos depois, nas moças, os ovários aumentam sua produção de estrogênio, o qual estimula o crescimento dos genitais femininos e o desenvolvimento dos seios. Nos rapazes, os testículos aumentam a fabricação de androgênios, principalmente testosterona, os quais estimulam o crescimento dos genitais masculinos, da massa muscular e dos pêlos do corpo. Moças e rapazes possuem ambos os tipos de hormônios, mas as moças possuem níveis superiores de estrogênio, enquanto os rapazes possuem níveis superiores de androgênios; nas moças, a testosterona influencia o crescimento do clitóris, bem como dos ossos e dos pêlos púbicos e axilares.



Indicador

2. Que mudanças físicas ocorrem nos adolescentes e como essas mudanças os afetam psicologicamente?

O momento preciso em que essa explosão de atividade hormonal tem início parece depender de um nível de peso a ser considerado. Estudos em camundongos e em humanos indicam que a leptina, hormônio protéico segregado pelo tecido gorduroso e identificado como possuidor de um papel na obesidade (ver Capítulo 9), é necessária para desencadear o início da puberdade (Chehab, Mounzih, Lu e Lim, 1997; Clément et al., 1998; O'Rahilly, 1998; Strobel, Camoin, Ozata e Strosberg, 1998). O acúmulo de leptina na circulação pode estimular o hipotálamo, estrutura na base do cérebro, a enviar sinais pulsantes para a hipófise, a qual, por sua vez, pode sinalizar às glândulas sexuais que aumentem sua secreção de hormônios. Isso poderia explicar por que as moças com sobrepeso tendem a entrar na puberdade mais cedo do que as moças magras.

Algumas pesquisas atribuem a exacerbação das emoções e a instabilidade de humor da adolescência inicial - tão evidente no diário de Anne Frank - a mudanças hormonais. Os hormônios estão associados à agressividade nos rapazes e tanto à agressividade como à depressão nas moças (Brooks-Gunn, 1988; Buchanan, Eccles e Becker, 1992). Entretanto, outras influências, como o sexo, a idade, o temperamento e o momento de ocorrência da puberdade, podem moderar ou até sobrepujar as influências hormonais. Os hormônios parecem mais fortemente relacionados aos estados de humor nos rapazes do que nas moças e principalmente nos adolescentes mais jovens, que ainda estão adaptando-se às mudanças da puberdade. Fatores ambientais também fazem diferença (Buchanan et al., 1992). Embora exista um relacionamento entre a produção hormonal e a sexualidade, os adolescentes tendem a iniciar suas atividades sexuais mais de acordo com o que os amigos fazem do que com o que suas glândulas expõem (Brooks-Gunn e Reiter, 1990).

Tempo, Seqüência e Sinais de Maturação

Existe uma faixa de aproximadamente sete anos para o início da puberdade tanto em meninos como em meninas. O processo tipicamente leva cerca de quatro anos para ambos os sexos e começa cerca de dois ou três anos mais cedo nas meninas do que nos meninos.

As mudanças físicas tanto em meninos como em meninas durante a puberdade incluem o surto de crescimento adolescente, o desenvolvimento de pêlos pubianos, de voz mais grave e o desenvolvimento muscular. A maturação dos órgãos reprodutivos traz o início da menstruação nas meninas e a produção de esperma nos meninos. Essas mudanças desdobram-se em uma seqüência que é muito mais consistente do que seu momento de ocorrência (ver Tabela 11-1), embora ela varie um pouco. Uma moça, por exemplo, pode estar desenvolvendo os seios e os pêlos corporais mais ou menos no mesmo ritmo; em outra, os pêlos corporais podem crescer tão rapidamente, que já apresentam um padrão adulto um ano antes que seus seios desenvolvam-se. Variações semelhantes ocorrem entre os meninos.

Com base em fontes históricas, os estudiosos do desenvolvimento constataram uma **tendência secular** (uma tendência que inclui diversas gerações) no estabelecimento da puberdade: uma diminuição da idade em que a puberdade inicia-se e na qual os jovens alcançam estatura adulta e maturidade sexual. A tendência, que também envolve aumentos na altura e no peso adultos, iniciou há cerca de 100 anos e ocorreu nos Estados Unidos, na Europa ocidental e no Japão. A explicação mais provável parece ser a melhora no padrão de vida. Crianças que são mais saudáveis, mais bem nutridas e mais bem cuidadas amadurecem mais cedo e crescem mais. Assim, a idade mediana de maturidade sexual é mais alta em países menos desenvolvidos do que em países mais industrializados. Embora se acreditasse que a tendência secular havia terminado nos Estados Unidos, existem indícios de que as meninas - mas não os meninos - estão amadurecendo um ou dois anos antes do que indicavam estudos anteriores (Herman-Giddens et al., 1997; Kaplowitz et al., 1999).

A idade mediana dos meninos para a entrada na puberdade é 12 anos, mas eles podem começar a apresentar mudanças entre 9 e 16 anos. Em média, as meninas começam a apresentar as mudanças da puberdade dos 8 aos 10 anos. Entretanto, é normal que elas apresentem crescimento dos seios e dos pêlos pubianos já aos 6 (para meninas afro-americanas) ou 7 anos (para meninas brancas) ou somente aos 14 anos. Meninas afro-americanas, que tendem a ser mais pesadas do que as meninas brancas, entram na puberdade aproximadamente um ano antes (Chumlea, 1982; Ellis, Abrams e Wong, 1997; Herman-Giddens et al., 1997; Kaplowitz et al., 1999).

tendência secular

Tendência que pode ser vista somente observando-se diversas gerações, como a tendência para atingir altura adulta e maturidade sexual mais cedo, a qual se iniciou há um século.

Tabela 11-1 Sequência Usual de Mudanças Fisiológicas na Adolescência

Características Femininas	Idade de Aparecimento
Crescimento dos seios	6-13
Crescimento dos pêlos pubianos	6-14
Crescimento corporal	9,5-14,5
Menarca	10-16,5
Pêlos axilares	Cerca de dois anos após o aparecimento de pêlos pubianos.
Aumento na produção das glândulas sebáceas e sudoríparas (o que pode causar acne)	Aproximadamente na mesma época que o aparecimento de pêlos axilares
Características Masculinas	Idade de Aparecimento
Crescimento dos testículos, escroto	10-13,5
Crescimento dos pêlos pubianos	12-16
Crescimento corporal	10,5-16
Crescimento do pênis, da próstata, das vesículas seminais	11-14,5
Alteração na voz	Aproximadamente na mesma época que o crescimento do pênis
Primeira ejaculação de sêmen	Aproximadamente um ano depois do início do crescimento do pênis
Pêlos faciais e axilares	Aproximadamente dois anos após o aparecimento de pêlos pubianos
Aumento na produção das glândulas sebáceas e sudoríparas (o que pode causar acne)	Aproximadamente na mesma época que o aparecimento de pêlos axilares.

O Surto de Crescimento Adolescente

Em seu diário, Anne Frank fez referências pesadas ao seu crescimento físico - a sapatos que não serviam mais e coletes "tão pequenos, que nem cobrem a barriga" (p. 71). Anne parecia estar passando pelo **surto de crescimento adolescente** - um rápido aumento de altura e de peso, que nas meninas geralmente se inicia entre 9,5 e 14,5 anos (geralmente em torno de 10 anos), e nos meninos, entre 10,5 e 16 anos (geralmente aos 12 ou 13). O surto de crescimento normalmente dura cerca de dois anos; logo depois que ele termina, o jovem alcança a maturidade sexual. Uma vez que o surto de crescimento das meninas costuma ocorrer mais cedo do que o de meninos, as meninas entre 11 e 13 anos são mais altas, mais pesadas e mais fortes do que os meninos de mesma idade. Depois do surto de crescimento, os meninos voltam a ser maiores, como antes. Tanto meninos como meninas praticamente atingem sua altura final aos 18 anos (Behrman, 1992).

Meninos e meninas crescem de maneira diferente, evidentemente. Um menino torna-se maior em geral: os ombros alargam-se, as pernas tornam-se mais longas em relação ao peito, e os antebraços mais longos em relação aos braços e à altura. A pélvis de uma menina alarga-se para facilitar o parto, e camadas de gordura formam-se logo abaixo da pele, dando-lhe uma aparência mais arredondada.

O surto de crescimento adolescente afeta praticamente todas as dimensões do esqueleto e dos músculos; o crescimento muscular atinge o máximo aos 12,5 anos nas meninas e aos 14,5 nos meninos. Até mesmo os olhos crescem mais rapidamente, causando (como no caso de Anne Frank) um aumento da miopia, problema que afeta aproximadamente um quarto de crianças de 12 a 17 anos (Gans, 1990). O maxilar inferior torna-se mais comprido e grosso, o maxilar e o nariz projetam-se mais, e os dentes incisivos tornam-se mais eretos. Como cada uma dessas mudanças segue seu próprio "calendário", algumas partes do corpo podem ficar fora de proporção por um tempo. O resultado é o desengonçamento familiar dos adolescentes que Anne percebeu em Peter Van Daan, do qual acompanha o crescimento desequilibrado e acelerado.

Essas rápidas mudanças físicas possuem ramificações psicológicas. A maioria dos jovens adolescentes preocupa-se mais com sua aparência do que com qualquer outro aspecto de si mesmos, e muitos não gostam do que vêem no espelho. As moças tendem a ser mais infelizes em relação à sua aparência do que os rapazes, refletindo a

surto de crescimento adolescente

Rápido aumento de peso e de altura que antecede a maturidade sexual.

Dos 11 aos 13 anos, as meninas são em média mais altas, pesadas e fortes que os meninos, os quais iniciam seu surto de crescimento adolescente mais tarde do que elas.



maior ênfase cultural sobre os atributos físicos das mulheres (Rosenblum e Lewis, 1999). As moças, principalmente as que estão adiantadas no desenvolvimento da puberdade, tendem a achar que estão muito gordas (Richards, Boxer, Petersen e Albrecht, 1990; Swarr e Richards, 1996), e essa imagem corporal negativa pode acarretar problemas alimentares (discutidos posteriormente neste capítulo).

Caracteres Sexuais Primários e Secundários

caracteres sexuais primários
Órgãos diretamente relacionados à reprodução, os quais crescem e amadurecem durante a adolescência. Compare com *caracteres sexuais secundários*.

caracteres sexuais secundários
Sinais fisiológicos de maturação sexual (como o desenvolvimento dos seios e o crescimento de pêlos corporais) que não envolvem os órgãos sexuais. Compare com *caracteres sexuais primários*.

Os caracteres sexuais primários são os órgãos necessários para a reprodução. Na fêmea, os órgãos sexuais são os ovários, as trompas, o útero e a vagina e, no macho, os testículos, o pênis, o escroto, as vesículas seminais e a próstata. Durante a puberdade, esses órgãos crescem e amadurecem. Nos rapazes, o primeiro sinal de puberdade é o crescimento dos testículos e do escroto. Nas mulheres, o surgimento dos caracteres sexuais primários não é diretamente visível porque esses órgãos são internos.

Os caracteres sexuais secundários são sinais fisiológicos de maturação sexual que não envolvem diretamente os órgãos sexuais; por exemplo, os seios das mulheres e os ombros largos dos homens. Outros caracteres sexuais secundários são alterações na voz e na textura da pele, desenvolvimento muscular e crescimento de pêlos pubianos, faciais, axilares e corporais.

O primeiro sinal confiável da puberdade nas meninas geralmente é o crescimento dos seios. Os mamilos aumentam de tamanho e projetam-se, a *aréola mamilar* (as áreas pigmentadas em torno dos mamilos) amplia-se, e os seios primeiro assumem forma cônica e depois arredondada. Alguns meninos, para seu pesar, sofrem um aumento temporário dos seios na adolescência; isso é normal e pode durar até 18 meses.

A voz fica mais grave, em parte como resposta ao crescimento da laringe, de outra parte, como em resposta à produção de hormônios masculinos, principalmente nos meninos. A pele fica mais áspera e gordurosa. A maior atividade das glândulas sebáceas (as quais expelem uma substância gordurosa) pode provocar o aparecimento de espinhas e cravos. A acne é mais comum em meninos e parece relacionada com a maior quantidade de testosterona.

Os pêlos pubianos, que a princípio são retos e macios e depois tornam-se ásperos, escuros e crespos - apresentam-se em diferentes padrões em homens e mulheres. Os rapazes geralmente ficam felizes de ver pêlos no rosto e no peito, mas as moças costumam ficar desapontadas com o aparecimento de quaisquer pêlos no rosto ou em torno dos mamilos, embora isso seja normal.

Sinais de Maturidade Sexual: Produção de Esperma e Menstruação

Nos homens, o principal sinal de maturidade sexual é a produção de esperma. Um menino pode acordar e encontrar uma mancha úmida ou seca endurecida nos lençóis

- resultado de *polução noturna*, uma ejaculação involuntária de sêmen. A maioria dos adolescentes tem essas poluições, às vezes relacionadas a um sonho erótico. Existem poucas pesquisas sobre os sentimentos dos meninos em relação à primeira ejaculação (**espermarca**), a qual ocorre em média aos 13 anos; a maioria dos meninos em um estudo descreveu reações positivas, embora cerca de dois terços tivessem ficado assustados (Gaddis e Brooks-Gunn, 1985).

O principal sinal de maturidade sexual nas meninas é a *menstruação*, uma perda mensal de tecido do revestimento uterino - o que Anne Frank chamou de seu "doce segredo". A primeira menstruação, chamada de **menarca**, ocorre relativamente tarde na sequência de desenvolvimento feminino (ver Tabela 11-1). Em média, uma menina branca nos Estados Unidos menstrua pela primeira vez antes de seu décimo terceiro aniversário, e uma menina negra pouco depois do décimo segundo (Kaplowitz et al., 1999). A menarca costuma ocorrer cerca de dois anos depois que os seios começaram a se desenvolver e que o útero começou a crescer e pouco depois de o surto de crescimento desacelerar-se. Entretanto, o momento normal de ocorrência da menarca pode variar dos 10 aos 16,5 anos.

Um misto de influências genéticas, físicas, emocionais e ambientais pode afetar o momento de ocorrência da menarca. Exercícios extenuantes, como nos esportes competitivos, podem retardá-la. A nutrição também é um fator. Em um estudo (Graber, Brooks-Gunn e Warren, 1995), 75 moças foram examinadas nas idades de 10 a 14 anos, antes de começarem a menstruar e, novamente, depois da menarca. A idade de sua primeira menstruação mostrou-se semelhante à de suas mães. Moças maiores e aquelas cujos seios estavam mais desenvolvidos tendiam a menstruar mais cedo. Mesmo quando esses fatores foram controlados, as meninas com menarca precoce tendiam a demonstrar agressividade ou depressão ou relatavam relacionamentos familiares ruins (conflito com os pais, falta de aprovação e de afeto por parte dos pais ou sentimentos negativos sobre o ambiente doméstico). Esta última reforça sugestões anteriores de uma ligação entre conflitos familiares e menarca precoce (Moffitt, Caspi, Belsky e Silva, 1992; Steinberg, 1988).

Outro estudo longitudinal sugere que o relacionamento com o pai pode ser a chave do momento de ocorrência da puberdade. Entre 173 moças randomicamente selecionadas no Tennessee e em Indiana, aquelas que, na segunda infância, haviam tido relacionamentos próximos e favoráveis com os pais - principalmente com um pai afetuoso e envolvido - apresentaram desenvolvimento da puberdade mais tarde do que as moças cujos relacionamentos com os pais haviam sido frios ou distantes. Além disso, as moças criadas por mães solteiras tendiam a alcançar a puberdade mais cedo do que as moças de lares onde ambos os pais estavam presentes (Ellis, McFadyen-Ketchum, Dodge, Pettit e Bates, 1999).

O mecanismo pelo qual os problemas familiares podem influenciar o desenvolvimento da puberdade não está claro. Uma possibilidade é a de que os machos humanos, como alguns animais, podem emitir *feromônios*, substâncias químicas que atraem parceiras. Como um mecanismo natural de prevenção de incesto, o desenvolvimento sexual pode ser inibido em moças que são fortemente expostas aos feromônios de seus pais, como aconteceria em um relacionamento próximo entre pai e filha. Por outro lado, a exposição freqüente aos feromônios de machos adultos sem parentesco, como padrastos ou namorados de uma mãe solteira, pode acelerar o desenvolvimento da puberdade (Ellis e Garber, em fase de elaboração). Uma vez que tanto a ausência do pai como a puberdade precoce foram identificados como fatores de risco para a promiscuidade sexual e a gravidez na adolescência, essas descobertas sugerem que a presença precoce e o ativo envolvimento do pai pode ser importante para o desenvolvimento sexual saudável das meninas (Ellis et al., 1999).

Efeitos Psicológicos da Maturação Precoce e Tardia

Os efeitos do amadurecimento precoce e tardio não são bem-definidos e diferem em moças e rapazes.

Algumas pesquisas realizadas durante as últimas décadas constataram que os meninos que amadurecem mais cedo são mais equilibrados, tranquilos, afáveis, populares entre os amigos e inclinados à liderança, além de menos impulsivos do que os que amadurecem tardiamente. Outros estudos constataram que eles se preocupam mais em serem estimados e são mais cautelosos, mais dependentes dos outros e mais limitados

espermarca

A primeira ejaculação de um menino.

menarca

A primeira menstruação de uma moça.

Pense sobre isso...

- Você amadureceu cedo, tarde ou na "época normal"? Como o momento de sua maturação afetou-lhe psicologicamente?

VERIFICADOR _____**Você é capaz de ...**

- ✓ Dizer como a puberdade se inicia e como seu momento de ocorrência e de duração variam?
- ✓ Descrever as típicas mudanças que ocorrem durante a puberdade em meninos e meninas e identificar fatores que influenciam as reações psicológicas a essas mudanças?

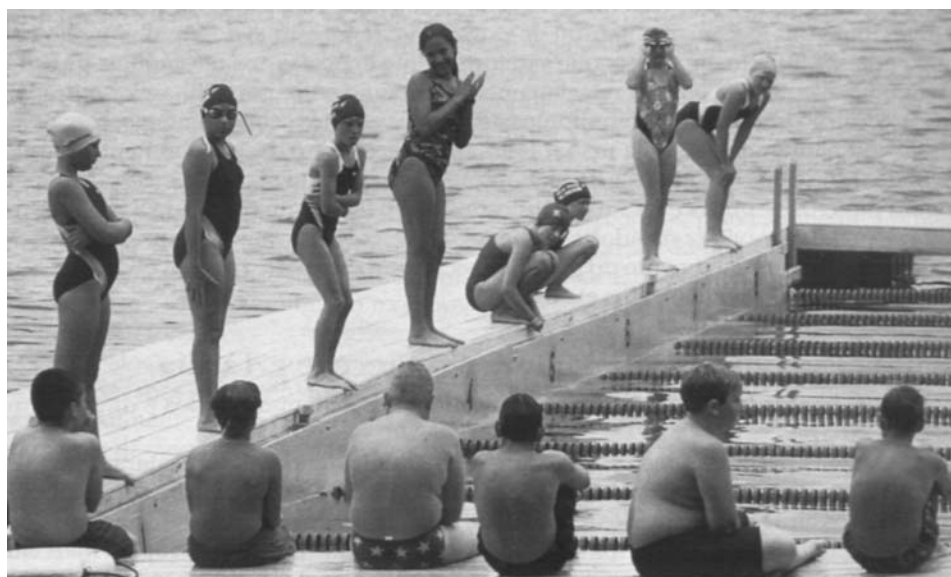
por regras e rotinas. Alguns estudos sugerem que os meninos que amadurecem mais cedo mantêm a dianteira no desempenho cognitivo durante o final da adolescência e na idade adulta (Graber, Lewinsohn Seeley e Brooks-Gunn, 1997; Gross e Duke, 1980; Jones, 1957; Tanner, 1978). Constatou-se que os jovens com amadurecimento tardio sentem-se mais incompetentes, inibidos, rejeitados e dominados, são mais dependentes, agressivos, inseguros ou deprimidos, possuem habilidades sociais e de enfrentamento inferiores e têm pior opinião a seu próprio respeito (Graber et al., 1997; Mussen e Jones, 1957; Peskin, 1967, 1973; Siegel, 1982).

Parecem existir vantagens e desvantagens em ambas as situações. Os rapazes gostam de amadurecer mais cedo, e a ocorrência disso parece aumentar sua auto-estima (Alsaker, 1992; Clausen, 1975). Sendo mais musculosos do que os de amadurecimento tardio, são mais fortes e melhores nos esportes e têm uma imagem corporal mais favorável. Também levam vantagem nos namoros (Blyth et al., 1981). Contudo, um jovem que amadurece precocemente, às vezes, tem problemas para corresponder à expectativa de que deveria agir de maneira tão madura quanto aparenta.

Diferentemente dos meninos, as meninas tendem a *não* gostar de amadurecer mais cedo; geralmente ficam mais felizes quando não amadurecem nem mais cedo e nem mais tarde do que suas amigas. As meninas com maturação precoce tendem a ser menos sociáveis, menos expressivas e menos equilibradas, mais introvertidas e tímidas e mais negativas em relação à menarca (Jones, 1958; Livson e Peskin, 1980; Ruble e Brooks-Gunn, 1982; Stubbs, Rierdan e Koff, 1989). Talvez por se sentirem forçadas a confrontar as pressões da adolescência antes de estarem prontas, são mais vulneráveis ao sofrimento psicológico e assim permanecem pelo menos até os 15 ou 16 anos. Tendem mais a associar-se a amigas anti-sociais (Ge, Conger e Elder, 1996). Podem ter imagem corporal e auto-estima piores do que as meninas de maturação mais tardia (Alsaker, 1992; Graber et al., 1997; Simmons, Blyth, Van Cleave e Bush, 1979). Entretanto, algumas pesquisas constataram que o nível de maturação em si não afeta a auto-estima, a qual depende mais do contexto social geral (Brooks-Gunn, 1988). As meninas com maturação precoce têm mais risco de sofrerem de problemas de saúde mental, (incluindo a depressão), de comportamentos inadequados, de transtornos alimentares, de abuso de substâncias e de tentativas de suicídio (Graber et al., 1997).

É difícil generalizar sobre os efeitos psicológicos do momento de ocorrência da puberdade, pois dependem muito de como o adolescente e as outras pessoas em seu mundo interpretam as mudanças que a acompanham. Os efeitos da maturação precoce ou tardia tendem a ser negativos quando os adolescentes são muito mais ou muito menos desenvolvidos do que seus amigos, quando não encaram as mudanças como vantajosas e quando vários acontecimentos estressantes ocorrem mais ou menos na mesma época (Petersen, 1993; Simmons, Blyth e McKinney, 1983). Como veremos,

A ampla variedade de tamanhos e formatos corporais que podem ser vistos em um grupo de jovens adolescentes é resultado da variação de 6 a 7 anos no início da puberdade. Os rapazes tendem a gostar de amadurecer cedo, mas as moças não.



a maturação precoce está associada à tendência para comportamento de risco em ambos os sexos (Orr e Ingersoll, 1995). Os adultos precisam ser sensíveis ao possível impacto das mudanças da puberdade para ajudarem os jovens a passar por essas mudanças da maneira mais positiva possível.

Saúde Física e Mental

A maioria dos adolescentes possui baixas taxas de incapacitação e de doença crônica, e a saúde dos dentes melhorou em crianças e em adolescentes. Mesmo assim, cerca de um quinto dos jovens de 10 a 18 anos nos Estados Unidos têm pelo menos um problema de saúde física ou mental, e um percentual maior precisa de aconselhamento ou de outros serviços de saúde (Dougherty, 1993). Entre 3.818 alunos que visitaram os departamentos escolares de saúde em três escolas de ensino médio de Denver durante um período de quatro anos, 29% tinham problemas emocionais. Outros motivos importantes para procurar assistência incluíam problemas respiratórios (11%), problemas de saúde reprodutiva (11%) e problemas de abuso de substâncias (8%) (Anglin, Naylor e Kaplan, 1996).

Os problemas de saúde freqüentemente têm origem no estilo de vida ou na pobreza. Em todas as etnias e classes sociais, muitos jovens adolescentes usam drogas, dirigem embriagados e tornam-se sexualmente ativos, e esses comportamentos aumentam ao longo da adolescência (ver Figura 11-1). Os adolescentes cujas famílias sofreram rompimentos por separação ou por morte dos pais têm maior probabilidade de iniciar essas atividades cedo e de praticá-las com mais freqüência durante os anos seguintes (Millstein et al., 1992). Meninos e meninas que entram na puberdade cedo ou cuja maturação cognitiva está atrasada são especialmente propensos a comportamento de risco (Orr e Ingersoll, 1995). O mesmo se aplica a jovens homossexuais e bissexuais de ambos os sexos (Garofalo, Wolf, Kessel, Palfrey e DuRant, 1998).

Os adolescentes são menos inclinados do que crianças de menos idade a visitar um médico regularmente. Estima-se que 14% dos jovens com menos de 18 anos, principalmente afro-americanos e americanos hispânicos, não recebem a assistência médica de que necessitam (Gans, 1990; Lieu, Newacheck e McManus, 1993). Os adolescentes com problemas de saúde mental são mais propensos a recorrer à família ou aos amigos (quando recorrem a alguém) do que a profissionais (Offer e Schonert-Reichl, 1992).

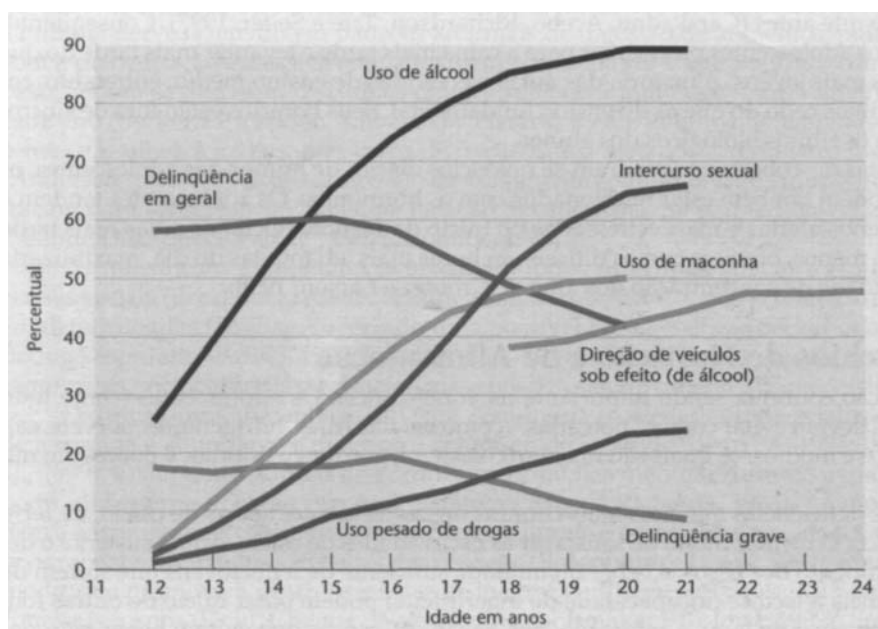
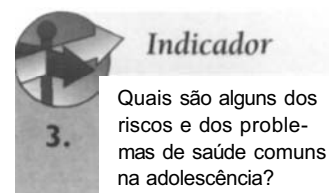


Figura 11-1

Taxas de prevalência de comportamentos de alto risco nas diversas idades, apresentadas a partir de médias obtidas durante três anos.

(Fonte: Adaptado de Elliott, 1993)

Vamos examinar algumas questões de saúde específicas: boa forma física, necessidades de sono, transtornos alimentares, abuso de drogas e causas de morte na adolescência. (Ansiedade e depressão foram discutidas no Capítulo 10.)

Boa Forma Física

Muitos rapazes e moças tornam-se menos ativos durante a adolescência (NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health, 1996). Somente 50% dos alunos e 25% das alunas do ensino médio dizem participar de alguma atividade física vigorosa pelo menos três vezes por semana (Heath, Pratt, Warren e Kann, 1994).

O exercício - ou a falta dele - afeta a saúde física e mental. Mesmo a atividade física moderada, como caminhar com rapidez, andar de bicicleta, nadar ou trabalhar no jardim, traz benefícios à saúde se praticada regularmente por pelo menos trinta minutos na maioria dos dias da semana ou, preferencialmente, todos os dias. Um estilo de vida sedentário que se estende à vida adulta pode resultar em maior risco de obesidade, diabetes, doença cardíaca e câncer (NIH Consensus Development Panel, 1996). Em um estudo britânico, crianças de 16 anos que participavam de esportes coletivos ou individuais tinham menos problemas físicos ou emocionais e sentiam-se melhor em relação a si mesmas do que seus colegas menos ativos (Stephens e Butler, 1996).

Necessidades de Sono

Muitos adolescentes não dormem o suficiente. Eles vão dormir mais tarde do que crianças mais jovens e, em dia de aula, acordam tão ou mais cedo. Entretanto, os adolescentes precisam de sono tanto quanto antes - cerca de nove horas por noite. Dormir mais nos fins de semana não compensa a perda. Os adolescentes que são privados de sono ou que têm hábitos de sono irregulares tendem a estar cronicamente sonolentos durante o dia, apresentam sintomas de depressão, têm problemas de sono e saem-se mal nos estudos. Em uma pesquisa com 3.120 alunos do ensino médio em Rhode Island, o tempo total de sono (tanto durante a semana quanto nos fins de semana) diminuía de 40 a 50 minutos entre os 13 e 19 anos, e os alunos que dormiam menos obtinham as piores notas (Wolfson e Carskadon, 1998).

Por que os adolescentes ficam acordados até tarde? Muitas pessoas pensam que é porque eles precisam estudar, gostam de conversar ao telefone com os amigos ou desejam agir "como adultos". Na verdade, os adolescentes sofrem uma mudança no ciclo natural de sono do cérebro ou *ritmo circadiano*. O momento de secreção da *melatonina*, hormônio detectável na saliva, é uma medida de quando o cérebro está pronto para dormir. Depois da puberdade, essa secreção ocorre em um horário mais adiantado da noite do que antes (Carskadon, Acebo, Richardson, Tate e Seifer, 1997). Consequentemente, os adolescentes precisam ir para a cama mais tarde e levantar mais tarde do que crianças mais jovens. A maioria das aulas nas escolas de ensino médio, entretanto, começam mais cedo do que as do ensino fundamental. Seus horários estão fora de sincronia com os ritmos biológicos dos alunos.

Estas descobertas enquadram-se nos ciclos diários de humor dos adolescentes, os quais podem também estar relacionados com os hormônios. Os adolescentes tendem a estar menos alertas e mais estressados no início da manhã. Iniciar as aulas mais tarde ou, pelo menos, oferecer cursos difíceis em horas mais adiantadas do dia, maximizaria a capacidade de concentração dos alunos (Crouter e Larson, 1998).

Distúrbios de Nutrição e de Alimentação

A nutrição continua sendo importante na adolescência. Os adolescentes (como todo mundo) devem evitar comer "porcarias", como batatas fritas, refrigerantes, sorvete, salgadinhos e molhos, os quais são ricos em colesterol, gordura e calorias, e pobres em nutrientes.

As deficiências minerais mais comuns nos adolescentes são as de cálcio, de ferro e de zinco. O melhor modo de satisfazer as necessidades de cálcio, o qual sustenta o desenvolvimento dos ossos, é beber quantidade suficiente de leite. Jovens que sofrem de intolerância à lactose (incapacidade de ingerir leite) podem obter cálcio de outras fontes, como suco de laranja reforçado com cálcio. As moças que evitam beber leite por

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir a situação da saúde e da assistência médica dos adolescentes?
- ✓ Explicar por que a atividade física é importante na adolescência e avaliar os riscos e os benefícios da atividade esportiva para meninas adolescentes?
- ✓ Explicar por que os adolescentes costumam dormir pouco e como a privação de sono pode afetá-los?

medo de ganhar peso devem experimentar leite desnatado, que tem um maior teor de cálcio do que o leite integral. Os suplementos de cálcio podem aumentar a densidade dos ossos e, aliados à prática de exercícios (como caminhar ou correr), podem proteger contra a osteoporose (Lloyd et al., 1993).

Alimentos ricos em zinco - como carnes, ovos, frutos do mar e produtos com cereais integrais - também são parte da dieta; até mesmo uma deficiência leve de zinco pode retardar a maturidade sexual. A anemia por deficiência de ferro é comum entre os adolescentes norte-americanos. Os adolescentes precisam consumir regularmente pães enriquecidos com ferro, frutas secas e verduras em folhas. O ferro tem benefícios cognitivos; a administração de suplementos de ferro para moças adolescentes que não estavam anêmicas, mas tinham deficiência de ferro, melhorou seu aprendizado de vocabulário e sua memória (Bruner, Joffe, Duggan, Casella e Brandt, 1996).

Obesidade

Uma menina adolescente mediana precisa de cerca de 2.200 calorias por dia; um menino adolescente mediano precisa de cerca de 2.800. Muitos adolescentes ingerem mais calorias do que gastam e, assim, acumulam gordura corporal em excesso. A obesidade é o distúrbio alimentar mais comum nos Estados Unidos: 11,5% dos adolescentes de 12 a 17 anos estão no 95 percentil de massa corporal (peso para altura) para sua idade e para seu sexo (NCHS, 1997).

Algumas causas da obesidade - muito pouca atividade física e maus hábitos de alimentação - podem ser controlados pela pessoa. Os programas de perda de peso que utilizam modificação de comportamento para ajudar os adolescentes a mudar a dieta e a praticar exercícios têm tido certo êxito. Contudo, fatores genéticos e outros que nada tem a ver com força de vontade ou com opções de estilo de vida parecem tornar algumas pessoas suscetíveis à obesidade (ver Capítulos 9 e 13). Esses fatores incluem a regulação deficiente do metabolismo, a incapacidade de reconhecer os sinais corporais relativos à fome e saciedade e o desenvolvimento de um número anormalmente alto de células de gordura.

Adolescentes obesos tendem a tornar-se adultos obesos, sujeitos a riscos físicos, sociais e psicológicos (Gortmaker, Must, Perrin, Sobol e Dietz, 1993). Segundo um estudo longitudinal de 60 anos, o excesso de peso na adolescência pode levar a problemas crônicos com risco de vida na idade adulta, mesmo que o peso em excesso seja perdido (Must, Jacques, Dallal, Bajema e Dietz, 1992).

Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa

Às vezes, a determinação de *não* ficar obeso pode resultar em problemas ainda mais graves do que a própria obesidade. Distúrbios alimentares, como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, envolvem padrões anormais de ingestão de alimentos, juntamente com a preocupação excessiva com a imagem corporal (ver Capítulo 9) e o controle do peso. Estima-se que esses distúrbios crônicos afetam 5 milhões de norte-americanos a cada ano (Becker, Grinspoon, Klibanski e Herzog, 1999), geralmente meninas adolescentes e mulheres jovens, mas cerca de 5 a 15% dos afetados são do sexo masculino (Andersen, 1995). Esses distúrbios são especialmente comuns entre as moças que se esforçam para sobressair no ballet, na natação, no atletismo, na patinação e na ginástica ("Eating Disorders - Part II", 1997; Skolnick, 1993).

Os transtornos alimentares ocorrem em todos os grupos étnicos e em todas as classes sociais (Becker et al., 1999; "Eating Disorders - Part II", 1997). Tendem a ocorrer em determinadas famílias, sugerindo uma possível base genética (Becker et al., 1999; "Eating Disorders - Part I", 1997; Kendler et al., 1991). Outras causas evidentes são neuroquímicas, socioculturais ou relacionadas com o desenvolvimento (Becker et al., 1999).

Os transtornos alimentares são mais comuns nas sociedades industrializadas, onde a comida é abundante e magreza é sinônimo de atratividade (APA, 1994; Becker et al., 1999). O aumento normal de gordura corporal nas meninas durante a puberdade pode causar uma imagem corporal negativa (Swarr e Richards, 1996). As moças tendem a se tornar mais críticas com seus corpos durante o curso da adolescência, enquanto os rapazes ficam mais satisfeitos com os seus (Rosenblum e Lewis, 1999). Revistas de moda, que promovem ideais irrealistas de magreza, influenciam o desgosto das moças com seus corpos (Field, Cheung, Wolf, Herzog, Gortmaker e Colditz, 1999). Em um le-



A ginasta Christy Henrich morreu de falência múltipla de órgãos aos 22 anos de idade, depois de ter sofrido de anorexia e bulimia quando adolescente. Esses transtornos da alimentação são particularmente comuns em ginastas, patinadoras, bailarinas e nadadoras profissionais.

anorexia nervosa

Transtorno alimentar caracterizado pela privação de alimento.

bulimia nervosa

Transtorno alimentar em que uma pessoa regularmente come grandes quantidades de alimento e depois purga o corpo com laxantes, vômitos induzidos, jejum ou exercícios excessivos.

vantamento de alunas de quinta a oitava série, 31% disseram que estavam de regime, 9% às vezes jejuavam, e 5% induziam o vômito ("Eating Disorders - Part II", 1997).

Os relacionamentos com os pais podem ser um fator. Em um estudo com 240 meninas brancas de classe média da 5ª a 9ª séries, as que tinham relacionamentos positivos com seus pais tinham menos preocupações com o peso e com a alimentação, tanto na época dos testes originais como dois anos depois (Swarr e Richards, 1996).

Vamos examinar melhor a anorexia e a bulimia.

Anorexia Susanna, de 14 anos, faz regime obsessivamente. Ela se preocupa com comida - cozinhar, falar sobre comida e estimular os outros a comer - mas ela mesma come muito pouco. Contudo, ela tem uma imagem corporal distorcida: acha que é gorda demais. Seu peso torna-se menor do que 85% do que é considerado normal para sua idade e altura (APA, 1994). Enquanto isso, ela pára de menstruar, e pêlos grossos e macios espalham-se por seu corpo. Para esconder o que está fazendo consigo mesma, ela pode vestir roupas largas ou discretamente esconder alimentos nos bolsos para mais tarde jogá-los fora; ela, porém, nega que seu comportamento seja anormal ou perigoso. Ela é uma boa aluna, descrita pelos pais como uma criança "modelo", pratica exercícios físicos de maneira compulsiva e participa de aulas de ginástica. Também é retraída e deprimida e tem um comportamento repetitivo e perfeccionista (Eating Disorders - Part I", 1997; Garner, 1993).

Este é um cenário típico da **anorexia nervosa**. Esse distúrbio alimentar, que pode matar, ocorre sobretudo em mulheres jovens, geralmente iniciando-se na adolescência. Estima-se que a anorexia nervosa afeta de 0,5 a 1% das moças no final da adolescência e um percentual menor, mas crescente, de rapazes (APA, 1994; Eating Disorders - Part I; Garner, 1993).

A anorexia pode dever-se a uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Algumas autoridades apontam para uma deficiência de uma substância química fundamental no cérebro, um distúrbio do hipotálamo, ou para níveis elevados de substâncias semelhantes aos opiáceos no fluido espinhal ("Eating Disorders - Part I", 1997). Pesquisadores em Londres, na Suécia e na Alemanha constaram reduzido fluxo sanguíneo para certas partes do cérebro, incluindo uma área que controla a autopercepção visual e o apetite (Gordon, Lask, Bryantwaugh, Christie e Timini, 1997). Outros vêem a anorexia como um distúrbio psicológico relacionado ou com o medo de crescer ou com o medo da sexualidade ou com uma família de funcionamento ruim que parece harmoniosa, mas na qual seus membros são excessivamente dependentes e envolvidos nas vidas uns dos outros e incapazes de enfrentar os conflitos (Eating Disorders - Part I", 1997; Garner, 1993). Como discutido anteriormente, a anorexia pode ser uma reação à pressão da sociedade para sermos esbeltos.

Os primeiros sinais de advertência incluem fazer regimes secretos de forma determinada; insatisfação após a perda de peso; estabelecimento de novas metas de perda de peso depois de atingir o peso inicialmente desejado; excesso de exercícios e interrupção da menstruação regular.

Bulimia Na **bulimia nervosa**, uma pessoa - geralmente uma adolescente ou uma jovem - entrega-se regularmente a grandes "comilanças", geralmente por duas horas ou menos, e depois tenta desfazer a elevada ingestão de calorias forçando-se a vomitar, fazendo regimes ou jejum severos, praticando exercícios vigorosos ou utilizando laxantes, enemas ou diuréticos para purgar o corpo. Esses episódios ocorrem pelo menos duas vezes por semana durante pelo menos três meses (APA, 1994). (Comer excessivamente sem posterior expurgo constitui-se em outro distúrbio associado à obesidade.)

A bulimia é pelo menos duas ou três vezes mais comum do que a anorexia e, como na anorexia, a maioria dos afetados são mulheres. Estima-se que de 1 a 3% das adolescentes e mulheres jovens sofrem desse transtorno, aproximadamente 10 vezes o número de homens. Entre 4 e 10% das mulheres podem tornar-se bulímicas em alguma época de suas vidas (APA, 1994; Eating Disorders - Part I", 1997; Kendler et al., 1991).

As pessoas com bulimia são obcecadas por peso e pela boa forma. Elas não se tornam anormalmente magras, mas são dominadas pela vergonha, pelo desprezo por si mesmas e pela depressão por causa de seus hábitos alimentares. Também sofrem de cáries dentárias generalizadas (causadas pelo vômito repetido de ácido estomacal), irritação gástrica, lesões na pele e perda de cabelo. Existe certa sobreposição entre anorexia

* N. de T.: O sistema norte-americano de ensino inclui uma 9ª série como parte do ensino fundamental.

e bulimia; algumas vítimas de anorexia têm episódios de bulimia, e algumas pessoas com bulimia perdem peso (Eating Disorders - Part I", 1997; Edwards, 1993; Kendler et al., 1991). Entretanto, são dois distúrbios distintos.

A bulimia pode ter uma base biológica; parece estar relacionada com baixos níveis de serotonina no cérebro ("Eating Disorders - Part I", 1997; Smith e Cowen, 1999). Entretanto, essa associação não significa necessariamente que baixos níveis de serotonina *causem* bulimia. Existe também uma explicação psicanalítica: as pessoas com bulimia utilizam a comida para satisfazer sua necessidade de amor e de atenção. Essa interpretação baseia-se nos relatos de alguns pacientes bulímicos de que se sentiram agredidos, negligenciados e privados dos cuidados dos pais ("Eating Disorders - Part I", 1997; Humphrey, 1986). As mulheres que tendem a se tornar bulímicas têm 30 anos ou menos. Elas têm baixa auto-estima, imagem corporal ideal esbelta e um histórico de ampla variação de peso, de regimes ou de exercícios freqüentes (Kendler et al., 1991). Muitas pessoas com bulimia também ou são alcoólatras, ou abusam de substâncias, ou sofrem de outros problemas de saúde mental, os quais podem derivar-se dos efeitos físicos do transtorno ("Eating Disorders - Part I", 1997; Edwards, 1993; Kendler et al., 1991).

Tratamento e Resultados para Anorexia e Bulimia As perspectivas para pessoas com bulimia são melhores do que para as que sofrem de anorexia. Em um estudo longitudinal de sete anos e meio com 225 moças e mulheres de Boston com distúrbios alimentares que procuraram tratamento durante um período de três anos, 74% das que sofriam de bulimia com o tempo pararam o empanzinamento e a purgação, e 99% melhoraram. Em contraste, apenas um terço das que sofriam de anorexia recuperaram-se, embora 83% tivessem começado a comer o suficiente para ganhar algum peso (Herzog et al., 1999). O tratamento para bulimia tende a ser mais bem-sucedido porque os pacientes geralmente querem fazer o tratamento. Mas, embora o tratamento possa inicialmente acelerar a recuperação, ele não parece afetar o resultado a longo prazo; os sintomas costumam desaparecer aos 40 anos, mesmo sem tratamento ("Eating Disorders - Part II", 1997; Keel e Mitchell, 1997).

A anorexia pode ser tratada, mas a taxa de reincidência é alta. Até 25% dos pacientes anoréxicos evoluem para invalidez crônica, e entre 2 e 10% morrem prematuramente (APA, 1994; Beumont, Russell e Touyz, 1993; "Eating Disorders - Part I", 1997; Herzog, Keller e Lavori, 1988).

A meta imediata do tratamento para a anorexia é fazer os pacientes comerem e ganharem peso. Eles podem ser hospitalizados, condição em que podem receber atendimento contínuo, drogas para estimular o apetite e para inibir o vômito e terapia comportamental, a qual recompensa o comer com privilégios, como ter permissão para sair da cama e sair do quarto (Beumont et al., 1993). A bulimia também pode ser tratada com terapia comportamental. Os pacientes mantêm registros diários de seus padrões de alimentação e aprendem formas de evitar a tentação de comer em excesso. A psicoterapia individual, de grupo ou de família pode ajudar tanto anoréxicos como bulímicos, geralmente depois de a terapia comportamental inicial ter controlado os sintomas. Uma vez que os pacientes estão em risco de depressão e de suicídio, antidepressivos podem ser úteis no tratamento da bulimia e na estabilização da recuperação de anorexia (Becker et al., 1999; Edwards, 1993; Fluoxetine-Bulimia Collaborative Study Group, 1992; Hudson e Pope, 1990; Kaye, Weltzin, Hsu e Bulik, 1991).

Pessoas com anorexia costumam ter problemas psicológicos a longo prazo, mesmo depois de terem voltado a comer e a ter ganho algum peso. Até 12 anos depois da recuperação, muitas continuam tendo uma imagem corporal irrealista, continuam sendo anormalmente magras e permanecem preocupadas com o peso e com a alimentação. Tendem a apresentar tendências perfeccionistas e a sofrer de depressão, de transtornos de ansiedade ou de dependência de álcool (Sullivan, Bulix, Fear e Pickering, 1998).

Uso e Abuso de Drogas

Abuso de substâncias é a utilização prejudicial de álcool ou de outras drogas. Trata-se de um padrão de comportamento pouco adaptativo, com duração de mais de um mês, em que uma pessoa continua usando uma substância mesmo sabendo que ela a prejudica ou a utiliza repetidamente em uma situação perigosa, como, por exemplo, dirigir embriagado (APA, 1994). O abuso pode levar à **dependência de substâncias** (adicção), que pode ser fisiológica ou psicológica (ou ambas), e tende a continuar na idade adulta (Kandel, Davies, Karus e Yamaguchi, 1986).

Pense sobre isso...

- Como seria possível reduzir a prevalência dos transtornos alimentares?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir as necessidades nutricionais normais dos adolescentes?
- ✓ Discutir os fatores de risco, os efeitos, o tratamento e o prognóstico para a obesidade, a anorexia nervosa e a bulimia nervosa?

abuso de substâncias

Uso repetido e prejudicial de uma substância, geralmente de álcool ou de outras drogas.

dependência de substâncias

Adicção (física ou psicológica - ou ambas) de uma substância prejudicial.

Tendências e Fatores no Uso de Drogas

O uso de drogas ilícitas entre adolescentes americanos estabilizou-se em 1997 e diminuiu ligeiramente em 1998 depois de ter aumentado durante a maior parte da década de 1990. (O declínio entre estudantes de 8ª série começou em 1997.) Entretanto, o uso de *crack* continua aumentando. O aumento no uso de drogas acompanhou um declínio na percepção de seus perigos e de um abrandamento da desaprovação dos amigos. Essa tendência agora começou a se inverter, principalmente entre alunos de 8ª série. Ao longo da década, o uso de drogas permaneceu menos comum do que durante o final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980 (Mathias, 1999; University of Michigan News and Information Services, 1998a; Zickler, 1999; ver a Figura 11-2).

Essas descobertas provêm do mais recente de uma série de levantamentos anuais realizados pelo governo norte-americano em uma amostra de representação nacional de quase 50 mil estudantes de 8ª série do ensino fundamental e de 2º e 4º ano do ensino médio em 422 escolas públicas e privadas de todo o país.* Essas amostras provavelmente subestimam o uso de drogas entre os adolescentes, pois não atingem os alunos de ensino médio que abandonam os estudos, os quais tendem a ter taxas superiores.

O que aumenta a probabilidade de que uma determinada pessoa irá abusar de drogas? As pesquisas apontam alguns fatores de risco: (1) fraco controle dos impulsos e tendência a buscar sensações em vez de evitar danos (o que pode ter uma base bioquímica e pode aparecer já na pré-escola), (2) influências familiares (como predisposição genética para o alcoolismo, uso ou aceitação de drogas por parte dos pais, práticas educacionais fracas ou inconsistentes, conflito familiar, relacionamentos familiares perturbados ou distantes e falta de convívio com os dois pais biológicos ou adotivos), (3) temperamento "difícil", (4) problemas de comportamento precoces e persistentes, principalmente agressão, (5) fracasso acadêmico e falta de comprometimento com a educação, (6) rejeição dos pares, (7) associação a usuários de drogas, (8) alienação e rebeldia, (9) atitudes favoráveis ao uso de drogas e (10) iniciação precoce no uso de drogas. Quanto mais cedo as pessoas começam a utilizar drogas, mais freqüente tende a ser o uso e maior a tendência de abuso. Contrariamente à crença popular, a pobreza não está relacionada

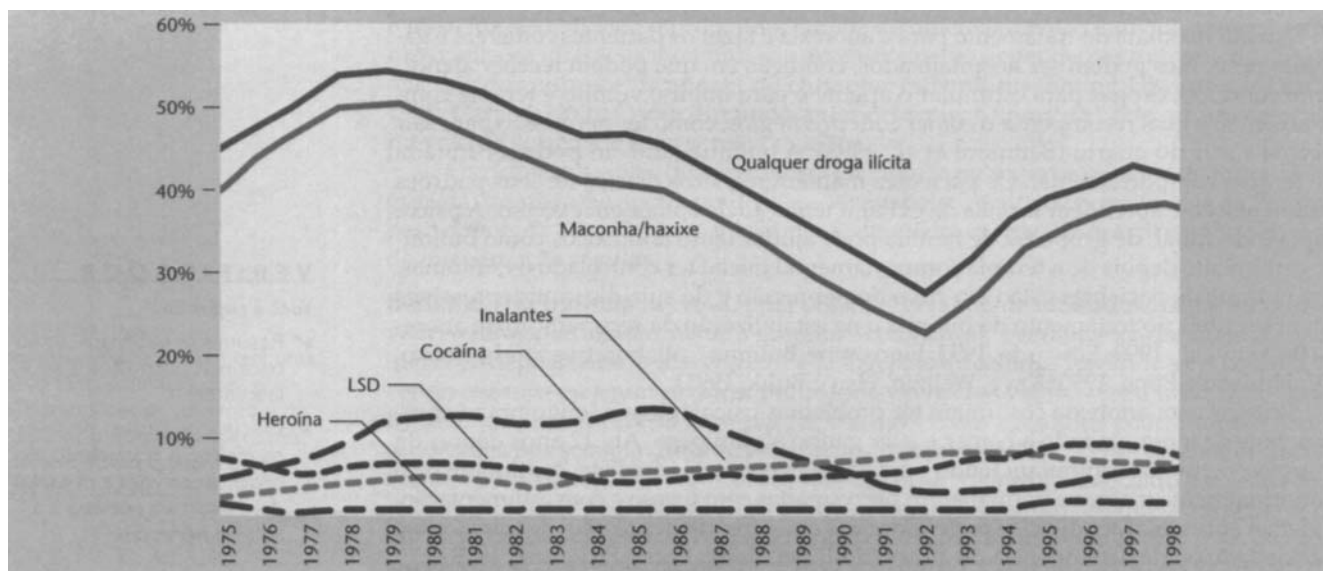


Figura 11-2

Tendências na utilização de drogas nos últimos 12 meses entre alunos do ensino médio. Um rápido aumento no uso de maconha durante os anos de 1990 é o responsável pela maior parte do aumento no uso de drogas ilícitas. O aumento no uso de maconha acompanhou um aumento na facilidade de obtenção e um decréscimo na percepção do risco de danos pela utilização da droga entre os jovens. A maconha pode induzir à utilização de drogas mais pesadas.

(Fonte: Mathias, 1999, p. 58.)

* N. de T.: Refere-se ao sistema norte-americano de ensino.

com abuso de drogas, a menos em casos de privação extrema (Hawkins, Catalano e Miller, 1992; Johnson, Hoffmann, Gerstein, 1996; Masse e Tremblay, 1997; USDHHS, 1996b). Quanto mais fatores de risco estiverem presentes, maior a chance de que um adolescente ou de que um jovem adulto venha a abusar de drogas.

O uso de drogas costuma iniciar quando as crianças passam do primeiro para o segundo ciclo do ensino fundamental, momento em que fazem novos amigos e tornam-se mais vulneráveis à pressão dos amigos. Estudantes de quarta e sexta séries utilizam cigarros, cerveja e inalantes com mais frequência do que maconha ou drogas mais pesadas (National Parent's Resource Institute for Drug Education, 1999).

Uma influência precoce importante pode ser a onipresença do uso de substâncias nos meios de comunicação. Segundo um estudo, álcool, cigarros ou drogas ilícitas são mostrados em 70% dos dramas das redes de televisão em horário nobre, em 38 de cada 40 filmes mais lucrativos e na metade de todos os vídeos musicais (Gerbner e Ozyegin, 1997). Entre 50 desenhos animados para crianças disponíveis em vídeo produzidos por cinco grandes estúdios de Hollywood, mais de dois terços mostram personagens fumando ou bebendo, sem indicação ou advertência quanto aos efeitos negativos à saúde (Goldstein, Sobel e Newman, 1999).

Drogas de Porta de Entrada: Álcool, Maconha e Tabaco

O álcool, a maconha e o tabaco, as três drogas mais populares entre os adolescentes, às vezes, são chamadas de **drogas de porta de entrada**, pois seu uso costuma levar ao uso de substâncias mais aditivas, como a cocaína ou a heroína (Gerstein e Green, 1993). Jovens que fumam ou bebem costumam associar-se a amigos que os introduzem nas drogas mais pesadas quando eles se tornam mais velhos.

Álcool O álcool é uma droga potente que altera os estados de consciência e é um problema muito grave em todo território norte-americano. O uso de álcool entre adolescentes, o qual aumentou durante a maior parte da década de 1990, começou a diminuir juntamente com o uso de drogas ilícitas. Mesmo assim, um terço dos quartanistas do ensino médio admitem ter bebido durante os últimos 30 dias (University of Michigan News and Information Services, 1998a). Isso é preocupante porque os jovens que começam a beber antes dos 15 anos têm quatro vezes mais chances de se tornarem dependentes de álcool do que aqueles que só começam a beber aos 20 anos ou depois (Grant e Dawson, 1998).

Maconha Apesar de um declínio no uso de maconha desde 1979, ela ainda é, com certeza, a droga ilícita mais utilizada nos Estados Unidos. A maconha é responsável pela maior parte do aumento e de grande parte do declínio recente no uso de drogas ilícitas durante a década de 1990. Contudo, em 1998, quase um quarto dos alunos de 8ª série e aproximadamente a metade dos que estão concluindo o ensino médio admitiram ter experimentado maconha (Mathias, 199; University of Michigan News and Information Services, 1998a).

Os adolescentes experimentam maconha por muitos dos mesmos motivos que experimentam álcool: por terem curiosidade, por quererem fazer o que os amigos fazem e por quererem ser como os adultos. A maconha também pode ser um símbolo de rebeldia contra os valores dos pais, mas essa atração pode estar diminuindo, pois os adolescentes de hoje têm muito mais chances de terem pais que fumaram (ou atualmente fumam) maconha.

O uso pesado de maconha pode danificar o cérebro, o coração, os pulmões e o sistema imunológico; sua fumaça geralmente contém mais de 400 carcinógenos. O uso de maconha pode prejudicar a memória, a aprendizagem, a percepção, o julgamento e as habilidades motoras necessárias para conduzir um veículo. Ele pode contribuir para acidentes de trânsito, para deficiências nutricionais, para infecções respiratórias e para outros problemas físicos. O uso de maconha pode também diminuir a motivação, prejudicar os estudos e outras atividades, diminuir a vigilância e a capacidade de atenção e causar problemas familiares (AAP Committee on Drugs, 1980; Farrow, Rees e Worthington-Roberts, 1987; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 1996).

Contrário a uma crença popular, a maconha pode criar dependência. Administrada a ratos, a maconha inicialmente produz um "barato", aumentando os níveis cerebrais de um neurotransmissor denominado *dopamina*. Como ocorre com a heroína, com a cocaína e com outras substâncias aditivas, a capacidade cerebral de produzir dopamina diminui gradualmente, aumentando o desejo pela droga (Tanda, Pontieri e DiChiara, 1997).

drogas de porta de entrada
Drogas (como álcool, maconha e tabaco) cujo uso tende a levar ao consumo de drogas mais pesadas.



A maconha é a droga ilícita mais utilizada nos Estados Unidos; aproximadamente a metade dos estudantes da última série do ensino médio dizem que já experimentaram maconha. Além de seus próprios efeitos prejudiciais, o uso de maconha pode levar à dependência de drogas pesadas.

Pense sobre isso . . .

- A maconha deveria ser legalizada, como o álcool? Justifique sua resposta.
- Deveria haver restrições mais severas às propagandas de cigarro? Nesse caso, a que tipos de restrições você é a favor?
- Como os adolescentes podem ser ajudados a evitar ou a mudar comportamentos de risco, tais como o uso de drogas?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir as recentes tendências no uso de drogas entre os adolescentes?
- ✓ Discutir os fatores e os riscos ligados ao uso de drogas, especificamente do álcool, da maconha e do tabaco?
- ✓ Citar as três principais causas de morte entre os adolescentes e discutir os perigos dos ferimentos causados por armas de fogo?

Tabaco Após a publicação de um relatório do Ministério da Saúde norte-americano em 1964, ligando o fumo ao câncer de pulmão, a doenças do coração, ao enfisema e a várias outras moléstias, o hábito de fumar diminuiu drasticamente entre estudantes do ensino médio. Como com outras drogas, um aumento no uso durante os anos de 1990 começou a se inverter entre 1997 e 1998, juntamente com o aumento na proporção de jovens que vêem o fumo como um perigo. Ainda assim, o uso de cigarros continua muito disseminado. Quase 20% dos estudantes de 8ª série, mais do que 25% dos estudantes do 2º ano do ensino médio e mais do que um terço dos estudantes de última série do ensino médio dizem ter fumado cigarros nos últimos 30 dias (University of Michigan News and Information Services, 1998b).

A prevalência do tabagismo em idade precoce é particularmente grave à luz dos recentes achados de que fumar durante a infância ou a adolescência pode danificar o DNA nos pulmões, aumentando o perigo de câncer de pulmão, mesmo em pessoas que posteriormente param de fumar (Wiencke et al., 1999). Além disso, jovens que começam a fumar aos 11 anos têm duas vezes mais chances do que outros jovens de apresentar comportamentos de risco, como andar em um carro com um motorista que bebeu; levar facas ou armas para a escola; usar inalantes, maconha ou cocaína; fazer planos suicidas. O uso precoce de álcool e de maconha também está associado a múltiplos comportamentos de risco, segundo uma pesquisa com 2 mil estudantes do segundo ciclo do ensino fundamental na Carolina do Norte (DuRant, Smith, Kreiter e Krowchuk, 1999).

A influência dos amigos sobre o tabagismo está amplamente documentada (Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University [CASA], 1996). Outras pesquisas apontam para a família. Um estudo longitudinal de seis anos acompanhou 312 adolescentes - em sua maioria de famílias brancas, com nível de instrução superior, vivendo com ambos os pais - que *não* fumavam aos 11 e 13 anos. Aqueles cujas famílias não eram próximas e cujos pais fumavam tinham mais do que o dobro de chances de fumar dos 17 aos 19 anos do que os outros integrantes da amostra (Doherty e Allen, 1994).

As propagandas de cigarro podem ser um fator ainda mais influente (N. Evans, Farkas, Gilpin, Berry e Pierce, 1995). Levantamentos de âmbito nacional realizados nos Estados Unidos constataram um aumento repentino e acentuado no tabagismo entre moças com menos de 18 anos após o lançamento, em 1967, de campanhas publicitárias especificamente dirigidas às mulheres (Pierce, Lee e Gilpin, 1994). Embora a indústria do tabaco afirme que não tem os adolescentes como alvo, uma análise das propagandas em 39 revistas populares constatou que as marcas de cigarros que são populares entre jovens de 10 a 15 anos têm mais chances do que as marcas dos adultos de serem anunciadas em revistas para o público jovem (King, Siegel, Celebucki e Connolly, 1998).

Morte na Adolescência

Nem toda morte na adolescência é pungente como a de Anne Frank, mas a morte, nessa época da vida, é sempre trágica. Quando adolescentes morrem, geralmente é devido à violência. As principais causas de morte entre jovens de 15 a 24 anos de idade nos Estados Unidos - acidentes, homicídio e suicídio - refletem pressões culturais e a inexperiência e a imaturidade dos adolescentes, as quais costumam levá-los a correr riscos e a agir com imprudência. A taxa de mortalidade é quase três vezes mais alta entre homens do que entre mulheres de 15 a 24 anos de idade e quase duas vezes mais alta entre negros do que entre brancos. Acidentes automobilísticos são a principal causa de morte entre jovens brancos. Entre afro-americanos são os homicídios a causa principal de morte - entre homens negros, a taxa é quase nove vezes maior do que entre brancos (Hoyert, Kochanek e Murphy, 1999). Ainda assim, as taxas de mortalidade para essa faixa etária diminuíram 26% nos últimos 20 anos, principalmente por causa da diminuição nos acidentes em veículos automotores relacionados ao uso de bebidas alcoólicas e ao suicídio (USDHHS, 1999b). (O suicídio na adolescência é discutido no Capítulo 19.)

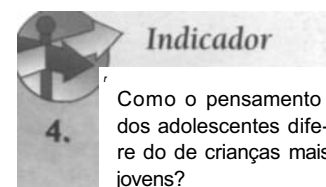
Muitos adolescentes crescem com a violência de armas de mão como um fato da vida diária. Em 1997, mais de 8 mil jovens de 15 a 24 anos morreram devido a ferimentos por armas de fogo, deliberados ou acidentais (Hoyert et al., 1999). Entretanto, as taxas de homicídio entre jovens diminuíram desde seu auge em 1993, em parte devido ao confisco policial de armas nas ruas (Cole, 1999) e ao fato de que menos jovens portam armas (USDHHS, 1999b). Contudo, aproximadamente um terço dos lares norte-ameri-

canos possuem armas de fogo. Em mais de um quinto desses lares, muitos dos quais incluem crianças e adolescentes, as armas ficam carregadas e destravadas (Stennies, Ikeda, Leadbetter, Houston e Sacks, 1999). A presença de armas em casa aumenta o risco de homicídio por adolescentes em mais de três vezes e o de suicídio em mais de 10 vezes (Rivara e Grossman, 1996).

Desenvolvimento Cognitivo

Aspectos da Maturação Cognitiva

Apesar dos perigos da adolescência, a maioria das pessoas emerge dos anos de adolescência com corpos maduros e saudáveis e com entusiasmo pela vida. Seu desenvolvimento cognitivo também prosseguiu. Não é só a aparência dos adolescentes que difere das crianças mais jovens; seu pensamento também muda. Embora o pensamento dos adolescentes possa permanecer imaturo em alguns aspectos, eles são capazes de raciocinar de maneira abstrata e fazer juízos morais sofisticados, além de poderem planejar o futuro de maneira mais realista.



Estágio de Operações Formais de Piaget

Segundo Piaget, os adolescentes entram no nível mais elevado de desenvolvimento cognitivo - as **operações formais** - quando desenvolvem a capacidade para o pensamento abstrato. Esse desenvolvimento, geralmente em torno dos 11 anos, lhes proporciona um modo novo e mais flexível de manipular as informações. Não mais limitados ao aqui e agora, são capazes de compreender o tempo histórico e o espaço extraterrestre. Podem utilizar símbolos para representar outros símbolos (por exemplo, utilizar a letra X para representar um número, como 15) e, assim, podem aprender álgebra e cálculo. Podem apreciar melhor a metáfora e a alegoria e, assim, descobrir significados mais ricos na literatura. São capazes de pensar em termos do que *poderia* ser, e não apenas do que *é*. São capazes de imaginar possibilidades e de gerar e de testar hipóteses.

A capacidade de pensar de maneira abstrata tem implicações emocionais. Até então, uma criança podia amar os pais ou detestar um colega. Agora, "o adolescente pode amar a liberdade ou detestar a exploração.... O possível e o ideal cativam tanto a mente quanto o sentimento" (Ginsburg e Oppen, 1979, p. 201). Por isso, pôde Anne Frank, em seu refúgio no sótão, expressar seus ideais e suas esperanças para o futuro.

operações formais

Na teoria de Piaget, é a etapa final do desenvolvimento cognitivo, caracterizada pela capacidade de pensar em termos abstratos.

Raciocínio Hipotético-Dedutivo

Para apreciar a diferença que o raciocínio formal faz, vamos acompanhar o progresso de uma criança típica frente a um problema piagetiano clássico, o problema do pêndulo.* Mostra-se à criança, Adam, um pêndulo - um objeto pendurado em um fio. Depois mostra-se a ele como ele pode mudar quatro fatores: o comprimento do fio, o peso do objeto, a altura da qual o objeto é solto e a quantidade de força que pode usar para empurrar o objeto. Pede-se a ele que imagine que fator ou que combinação de fatores determina a rapidez com que o pêndulo balança. (Essa e outras tarefas Piagetianas para avaliar o domínio de operações formais são ilustradas na Figura 11-3.)

Quando Adam vê o pêndulo pela primeira vez, ainda não tem 7 anos e está no estágio pré-operacional. Incapaz de formular um plano para atacar o problema, tenta uma coisa atrás da outra no modo de tentativa e erro. Primeiro ele põe um peso leve em um fio comprido e o empurra; depois tenta embalar um peso pesado em um fio curto; depois retira totalmente o peso. Não é apenas seu método que é aleatório; ele também não consegue compreender ou descrever o que aconteceu.

Depois Adam volta a encontrar-se com o pêndulo aos 10 anos, quando está no estágio de operações concretas. Dessa vez, ele descobre que o comprimento do fio e o peso do objeto afetam a velocidade do balanço. Entretanto, como ele varia ambos os fatores ao

* Esta descrição de diferenças relacionadas com a idade na abordagem do problema do pêndulo é adaptada de Ginsburg e Oppen (1979).



O que determina a rapidez de oscilação do pêndulo: o comprimento do fio? O peso do objeto suspenso? A altura da qual o objeto é solto? A quantidade de força utilizada para empurrá-lo? Segundo Piaget, um adolescente que atingiu o estágio de operações formais pode criar uma hipótese e imaginar uma maneira lógica de testá-la. Entretanto, muitas pessoas nunca conseguem imaginar um modo de resolver este problema.

raciocínio hipotético-dedutivo

Capacidade, de desenvolver, considerar e testar hipóteses; Piaget acreditava que ela acompanhava o estágio de operações formais.

mesmo tempo, não consegue distinguir qual deles é mais importante ou se ambos o são.

Adam confronta-se com o pêndulo pela terceira vez na idade de 15 anos e, dessa vez, ele aborda o problema de maneira sistemática. Monta um experimento para testar todas as hipóteses possíveis, variando um fator de cada vez - primeiro, o comprimento do fio; depois, o peso do objeto; depois, a altura da qual o pêndulo é solto; finalmente, a quantidade de força utilizada - a cada vez mantendo os outros três fatores constantes. Dessa forma, ele é capaz de determinar que apenas um fator - o comprimento do fio - determina a rapidez de oscilação do pêndulo.

A solução encontrada por Adam para o problema do pêndulo mostra que ele já chegou no estágio de operações formais. Ele agora é capaz de produzir **raciocínio hipotético-dedutivo**. Ele pode desenvolver uma hipótese e criar um experimento para testá-la. Considera todos os relacionamentos que pode imaginar e examina-os sistematicamente, um depois do outro, para eliminar o falso e para chegar ao verdadeiro. O raciocínio hipotético-dedutivo lhe oferece um instrumento para resolver problemas, desde consertar o carro da família até formular uma teoria política.

Estudos microgenéticos do comportamento de resolução de problemas confirmam a análise de Piaget de como as operações concretas diferem das operações formais. Em um deles, alunos de 5ª e 6ª séries e adultos sem nível de instrução superior foram solicitados a criar experimentos para compreender fenômenos físicos (Schauble, 1996). Por exemplo, deveriam variar o nível de água de um canal em uma maquete, além do tamanho, da forma e do peso dos barcos que o atravessavam, de modo a maximizar a velocidade das embarcações. Os pré-adolescentes eram menos sistemáticos do que os adultos na exploração desses problemas, normalmente variando mais do que um fator ao mesmo tempo, como fez Adam com o pêndulo naquela idade.

Para resolver problemas desse tipo, as pessoas precisam pensar como cientistas. Precisam de teorias e de hipóteses para orientar suas estratégias de resolução de problemas e precisam modificar ou abandonar uma hipótese quando as evidências não se encaixam. Por outro lado, não devem descartar uma hipótese antes de usá-la apenas porque ela parece improvável - erro comum entre crianças (DeLoache, Miller e Pierroutsakos, 1998). Acima de tudo, devem saber que teorias e estratégias estão seguindo. Muitos pré-adolescentes não possuem teorias e estratégias coerentes ou não pensam conscientemente sobre elas (Kuhn, Garcia-Mila, Zohar e Anderson, 1995).

O que acarreta essa mudança para o raciocínio formal? Piaget a atribuiu a um misto de maturação cerebral e de expansão das oportunidades ambientais. Ambas são essenciais: mesmo que o desenvolvimento neurológico dos jovens tenha avançado o suficiente para permitir o raciocínio formal, eles só podem alcançá-lo com estimulação ambiental apropriada. Um modo de isso ocorrer é mediante o esforço cooperativo. Quando estudantes universitários (com idade média de 18,5 anos) receberam um problema de química e foram solicitados a montar seus próprios experimentos para resolvê-lo, os estudantes aleatoriamente selecionados para trabalhar em pares resolveram mais problemas do que os que trabalharam sozinhos. Quanto mais os parceiros questionavam o raciocínio um do outro, maiores eram os avanços no pensamento (Dimant e Bearison, 1991).

Como com o desenvolvimento de operações concretas, a escolaridade e a cultura parecem desempenhar um papel importante - como Piaget (1972) por fim reconheceu. Jovens de 10 a 15 anos na década de 1990 se saíram melhor em testes piagetianos de operações formais do que outros de mesma idade duas a três décadas antes, em uma época em que menos adolescentes franceses (ou seus pais) tinham educação de nível médio (Flieller, 1999). (Essa aparente aceleração do desenvolvimento cognitivo pode ajudar a explicar o *efeito Flynn*, um aumento constante nos escores de QI ao longo do tempo, que ocorreu na França e em muitos outros países durante o século XX.) Quando adolescentes da Nova Guiné e de Ruanda foram testados no problema do pêndulo, nenhum deles foi capaz de resolvê-lo. Por outro lado, crianças chinesas em Hong Kong, que haviam estudado em escolas britânicas, se saíram pelo menos tão bem quanto as crianças norte-americanas ou as européias. Estudantes da região central de Java e de Nova Gales do Sul também demonstraram algumas capacidades operacionais formais

Figura 11-3

Tarefas piagetianas para medir o domínio de operações formais, (a) Pêndulo. Pode-se aumentar ou diminuir o fio do pêndulo e utilizar pesos de diversos tamanhos. O aluno deve determinar que variáveis afetam a velocidade de balanço do pêndulo, (b) Movimento em um plano horizontal. Um dispositivo com mola lança esferas de diversos tamanhos, as quais rolam sobre um plano horizontal. O aluno deve prever seu ponto de parada, (c) Barra de equilíbrio. Apresenta-se uma balança com barra e pesos de diversos tamanhos, os quais podem ser pendurados em diferentes pontos ao longo da barra horizontal. O aluno deve averiguar que fatores determinam se a balança irá ou não se equilibrar, (d) Sombras. Um sarrafo contendo uma fila de orifícios é colocado perpendicularmente na base de uma tela. Uma fonte de luz e anéis de diversos diâmetros podem ser colocados nos orifícios a distâncias variáveis da tela. O aluno deve produzir duas sombras de mesmo tamanho, utilizando anéis de tamanhos diferentes.

(Fonte: Adaptado de Small, 1990, Fig. 8-12.)

(Gardiner et al., 1998). Esse tipo de pensamento parece ser uma capacidade adquirida que não é igualmente necessária ou igualmente valorizada em todas as culturas.

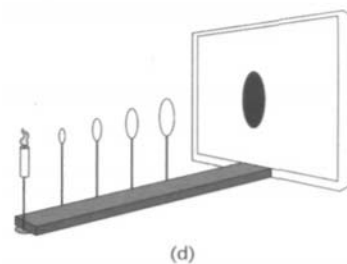
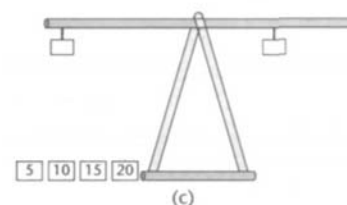
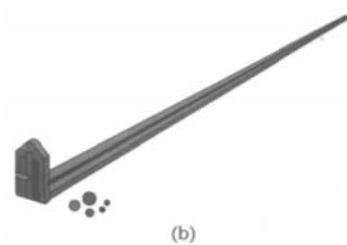
Avaliação da Teoria de Piaget

A análise de Piaget do desenvolvimento do raciocínio formal parece, até certo ponto, bastante precisa. Entretanto, existem diversos avanços, tanto na terceira infância como na adolescência, que ela não leva em conta adequadamente. Entre eles estão o acúmulo gradual de conhecimento e de saber em campos específicos; o aumento na capacidade de processamento de informações; o desenvolvimento da *metacognição*, da consciência e o monitoramento de nosso próprios processos e de nossas estratégias mentais (Flavell et al., 1993).

Embora a pesquisa não tenha questionado seriamente a *seqüência* geral de desenvolvimento descrita por Piaget (Lourenco e Machado, 1996), ela questionou sua asserção de estágios definidos de desenvolvimento. Por exemplo, a distinção entre os estágios de operações concretas e formais pode ser menos bem-definida do que sugere a teoria de Piaget. Seus próprios textos apresentam muitos exemplos de crianças demonstrando aspectos do pensamento científico muito antes da adolescência. Ao mesmo tempo, Piaget parece ter superestimado as capacidades de crianças com mais idade. Muitos adolescentes tardios e adultos - talvez de um terço à metade - parecem incapazes de pensamento abstrato como Piaget o definiu (Gardiner et al., 1998; Kohlberg e Gilligan, 1971; Papalia, 1972), e os que são capazes nem sempre o utilizam.

Vamos examinar o jogo de Vinte Perguntas, cujo objetivo é fazer o menor número possível de perguntas que possam ser respondidas com "sim" ou "não" para descobrir a identidade de uma pessoa, lugar ou coisa. A eficiência com que os jovens podem fazer isso, sistematicamente estreitando as categorias nas quais a resposta pode enquadrar-se, geralmente aumenta entre a terceira infância e o final da adolescência. Entretanto, em um estudo (Drumm e Jackson, 1996), estudantes do ensino médio, principalmente do sexo masculino, demonstram maior tendência do que adolescentes mais jovens ou estudantes universitários para tentar adivinhar a resposta. Esse padrão de conjectura pode refletir um pendor para um comportamento impulsivo e arriscado - seja ao dirigir, ao utilizar drogas, seja ao fazer sexo - em uma época da vida em que os jovens possuem mais autonomia do que antes e mais escolhas a fazer.

A pesquisa cerebral sugere um possível motivo para os julgamentos ousados dos adolescentes. Em um estudo, 16 adolescentes (de 10 a 18 anos) e 18 jovens adultos foram solicitados a observar fotografias de pessoas com expressões de medo, enquanto os pesquisadores utilizavam imagens de ressonância magnética para examinar seus cérebros. Os adultos tendiam a processar as fotografias com os lobos frontais, os quais estão envolvidos no pensamento racional. Nos adolescentes, cujos lobos frontais ainda não estão plenamente desenvolvidos, as fotografias provocavam maior atividade na amígdala, uma pequena estrutura em formato de amêndoa, localizada profundamente no lobo temporal, que está bastante envolvida nas reações emocionais e instintivas (ver Figura 4-6, no Capítulo 4). Isso se aplicava particularmente aos adolescentes mais jovens, sugerindo que o desenvolvimento cerebral imaturo pode permitir que os sentimentos suplantem a razão (Baird et al., 1999).



VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar a diferença entre o pensamento formal operacional e o operacional concreto, como exemplificado pelo problema do pêndulo?
- ✓ Citar fatores que influenciam o desenvolvimento do raciocínio formal nos adolescentes?
- ✓ Avaliar os pontos fortes e os fracos da teoria de Piaget?

Pense sobre isso...

- Como podem os pais e os professores ajudar os adolescentes a melhorar sua capacidade de raciocínio?

A familiaridade de uma situação e o quanto uma criança conhece-a pode influenciar grandemente a sofisticação do raciocínio de uma criança. Entretanto, Piaget, na maioria de seus textos, deu pouca atenção a diferenças individuais, a variações no desempenho de uma criança em diferentes tipos de tarefas ou a influência sociais e culturais (Flavell et al., 1993). Em seus últimos anos de vida, o próprio Piaget "passou a considerar seu modelo prévio do desenvolvimento do pensamento das crianças, particularmente das operações formais, como falho, porque não levava em conta o *papel* essencial da situação para influenciar e para limitar... o pensamento das crianças" (Brown, Metz e Campione, 1996, p. 152-153).

Elkind: Aspectos Imaturos do Pensamento Adolescente

Com base no trabalho clínico com adolescentes, o psicólogo David Elkind (1984, 1998) descreveu atitudes e comportamentos imaturos que podem ser provenientes das incursões inexperientes dos jovens no pensamento abstrato:

- *Tendência a discutir*: Os adolescentes estão sempre em busca de oportunidades para testar - e exibir - suas recém-descobertas habilidades de raciocínio. Costumam tornar-se contenciosos enquanto exploram as possibilidades de um problema ou procuram argumentos para poder voltar para casa mais tarde do que seus pais desejam.
- *Indecisão*: Por terem agora mais consciência das diversas escolhas que a vida oferece, muitos adolescentes têm problemas para se decidir em relação a coisas simples, como, por exemplo, ir ao *shopping* com um amigo ou ficar no computador para terminar uma tarefa da escola.
- *Encontrar defeitos nas figuras de autoridade*: Os adolescentes agora percebem que os adultos que antes veneravam e que o mundo pelo qual consideram os adultos responsáveis estão muito aquém de seus ideais; sentem-se compelidos a dizê-lo, como fez Anne Frank ao escrever sobre sua mãe ("Encaro a vida com mais coragem do que mamãe; meu sentimento de justiça é imutável e mais verdadeiro do que o dela.... Não serei insignificante, hei de trabalhar no mundo e pela humanidade!") [Frank, 1958, p. 184-185]).
- *Hipocrisia aparente*: Os jovens adolescentes, muitas vezes, não reconhecem a diferença entre expressar um ideal e fazer os sacrifícios necessários para viver de acordo com ele. No exemplo dado por Elkind (1998), adolescentes preocupados com o bem-estar dos animais fazem manifestações de protesto em frente de uma loja de peles, mas esperaram um dia quente de primavera para isso, assim evitando ter que ficar na rua usando roupas de tecido em clima de inverno.
- *Autoconsciência*: Em sua preocupação com seu próprio estado mental, os adolescentes, muitas vezes, supõem que todo mundo está pensando sobre a mesma coisa que eles, ou seja, sobre si mesmos. Elkind chama essa autoconsciência de **público imaginário**, um "observador" mentalmente criado que está tão preocupado com os pensamentos e com o comportamento de um jovem quanto ele mesmo. A fantasia do público imaginário é particularmente forte nos primeiros anos da adolescência; os primeiros registros do diário de Anne Frank contêm muitas referências ao que ela acha que os outros no "Anexo Secreto" pensam dela.
- *Suposição de invulnerabilidade*: Elkind utiliza o termo **fábula pessoal** para denotar a crença dos adolescentes de que são especiais, de que sua experiência é única e de que não estão sujeitos às regras que regem o resto do mundo ("Os outros ficam escravos das drogas, mas não eu" ou "Ninguém jamais se apaixonou como eu"). Segundo Elkind, esse tipo especial de egocentrismo está na base de muitos comportamentos arriscados e autodestrutivos.

público imaginário

Na terminologia de Elkind, é um observador que só existe na cabeça do adolescente e que está tão preocupado com os pensamentos e com as ações do adolescente quanto ele mesmo.

fábula pessoal

Na terminologia de Elkind, é a convicção de que se é especial, incomparável e não-sujeito às regras que governam o resto do mundo.

O público imaginário e a fábula pessoal, diz Elkind (1998), persistem em grau menor na vida adulta. O público imaginário pode aparecer quando, por exemplo, uma

pessoa derruba um talher no chão ladrilhado de um restaurante barulhento e imagina que todos ali estão olhando. A fábula pessoal é o que permite que as pessoas assumam riscos, como dirigir um automóvel a despeito das estatísticas sobre mortes no trânsito. Talvez tenha sido isso que levou os pais de Anne Frank a acreditar que, se escondendo em um prédio em uma rua da cidade, estariam seguros do destino das famílias judias a seu redor.

Os conceitos de público imaginário e de fábula pessoal foram amplamente aceitos, mas sua validade como marcos particularmente fortes da adolescência tem pouca sustentação em pesquisas independentes. Um estudo sobre a fábula pessoal comparou 86 adolescentes, em sua maioria de classe média e brancos, seus pais, e 95 adolescentes não-brancos, em sua maioria do sexo masculino, que viviam em instituições para jovens com problemas de delinquência e de abuso de substâncias. Pediu-se aos participantes que avaliassem seu risco de sofrer um acidente de carro, de ter uma gravidez indesejada, de se tornarem alcoólatras, de serem assaltados ou de ficarem doentes devido à poluição atmosférica. Todos os três grupos achavam que corriam menos risco do que as outras pessoas que conheciam; essa atitude não era mais acentuada nos adolescentes do que nos adultos. Na verdade, para certos riscos, os adolescentes consideravam-se *mais* vulneráveis do que julgavam os pais em relação a si mesmos (Quadrei, Fischhoff e Davis, 1993). De modo semelhante, em outro estudo, os adolescentes tinham maior probabilidade do que estudantes universitários e adultos de se julgarem vulneráveis ao álcool e a outros problemas com drogas (Millstein, em fase de elaboração).

Em vez de serem características universais do desenvolvimento cognitivo dos adolescentes, o público imaginário e a fábula pessoal podem estar relacionados com experiências sociais específicas, tais como a transição para o ensino médio. E uma vez que esses conceitos foram desenvolvidos a partir das observações clínicas de Elkind, eles podem ser mais característicos de jovens que estão sofrendo dificuldades de adaptação (Vartanian e Powlishta, 1996).

Julgamento Moral: A Teoria de Kohlberg

Uma mulher está próxima da morte por câncer. Um farmacêutico descobriu um remédio que os médicos acham que poderia salvá-la. O farmacêutico está cobrando 2 mil dólares por uma pequena dose do remédio - 10 vezes mais do que lhe custa para fabricá-lo. O marido da mulher enferma, Heinz, pede dinheiro emprestado a todos que conhece, mas só consegue reunir mil dólares. Ele implora ao farmacêutico que lhe venda o remédio por mil dólares ou que lhe permita pagar o resto posteriormente. O farmacêutico recusa, dizendo: "Eu descobri o remédio e pretendo lucrar com ele". Em desespero, Heinz arromba a loja do homem e rouba o remédio. Heinz deveria ter feito isso? Por que sim ou por que não? (Kohlberg, 1969).

O problema de Heinz é o exemplo mais conhecido da abordagem de Kohlberg no estudo do desenvolvimento moral. A partir dos anos de 1950, Kohlberg e colaboradores propuseram dilemas hipotéticos como esse a 75 meninos de 10, 13 e 16 anos e continuaram a questioná-los periodicamente por mais de 30 anos. No cerne de cada dilema estava o conceito de justiça. Perguntando aos entrevistados como chegaram a suas respostas, Kohlberg concluiu que nossa maneira de pensar sobre questões morais reflete nosso desenvolvimento cognitivo e que as pessoas chegam aos julgamentos morais sozinhas, em vez de simplesmente internalizar os padrões dos pais, dos professores ou dos amigos.

Os Níveis e os Estágios de Kohlberg

O desenvolvimento moral na teoria de Kohlberg guarda certa semelhança com a teoria de Piaget (ver Capítulo 9), mas seu modelo é mais complexo. Com base nos diferentes processos de pensamento mostrados pelas respostas a seus dilemas, Kohlberg (1969) descreveu três níveis de julgamento moral, cada um dividido em dois estágios (ver a Tabela 11-2):

- **Nível 1: Moralidade pré-convencional.** As pessoas agem sob controles externos. Obedecem a regras ou para evitar punição ou para obter recompensas ou por interesse próprio. Esse nível é típico de crianças de 4 a 10 anos de idade.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever os sete aspectos de pensamento adolescente imaturo propostos por Elkind e de dar exemplos de cada um deles?

Pense sobre isso ...

- De acordo com sua experiência, as atitudes que Elkind chamou de público imaginário e de fábula pessoal são mais características dos adolescentes do que dos adultos?



Indicador

Em que base os adolescentes fazem julgamentos morais?

moralidade pré-convencional

Primeiro nível na teoria de julgamento moral de Kohlberg, em que o controle é externo e as regras são respeitadas ou para obter recompensas ou para evitar punição ou por interesse próprio.

moralidade convencional (ou moralidade de conformidade ao papel convencional)

Segundo nível na teoria de julgamento moral de Kohlberg, em que os padrões das figuras de autoridade são internalizados.

moralidade pós-convencional (ou moralidade dos princípios morais autônomos)

Terceiro nível na teoria de julgamento moral de Kohlberg, em que as pessoas seguem princípios morais internalizados de correção, de imparcialidade e de justiça e em que podem escolher entre padrões morais conflitantes.

- **Nível II: Moralidade convencional (ou moralidade de conformidade ao papel convencional).** As pessoas internalizaram os padrões de figuras de autoridade. Preocupam-se em ser "boas", em agradar aos outros e em manter a ordem social. Esse nível geralmente é alcançado depois dos 10 anos; muitas pessoas nunca o superam, mesmo na idade adulta.
- **Nível III: Moralidade pós-convencional (ou moralidade dos princípios morais autônomos).** As pessoas agora reconhecem conflitos entre os padrões morais e fazem seus próprios julgamentos com base nos princípios de correção, de imparcialidade e de justiça. As pessoas geralmente só chegam a esse nível de julgamento moral pelo menos no início da adolescência ou mais comumente no início da idade adulta, podendo nunca atingi-lo.

Posteriormente, Kohlberg acrescentou um nível de transição entre os níveis II e III, quando as pessoas não se sentem mais limitadas pelos padrões morais da sociedade, mas ainda não desenvolveram princípios de justiça de origem racional. Ao contrário disso, baseiam suas decisões morais em sentimentos pessoais.

Na teoria de Kohlberg, é o raciocínio subjacente à resposta da pessoa a um dilema moral, e não a resposta em si, que indica o estágio de desenvolvimento moral. Como ilustrado na Tabela 11-2, duas pessoas que dão respostas opostas podem estar no mesmo estágio se seu raciocínio estiver baseado em fatores semelhantes.

Os primeiros estágios de Kohlberg correspondem aproximadamente aos estágios de desenvolvimento moral da infância de Piaget, mas seus estágios avançados abrangem a idade adulta. Alguns adolescentes e até alguns adultos permanecem no primeiro nível de Kohlberg. Como as crianças pequenas, procuram evitar a punição ou satisfazer suas próprias necessidades. A maioria dos adolescentes e também a maioria dos adultos parecem estar no segundo nível. Eles se conformam às convenções sociais, apóiam o *status quo* e fazem o que é "certo" para agradar aos outros ou para obedecer à lei. (Próximo ao final do diário de Anne Frank, podemos vê-la sair desse estágio enquanto ela discute com o pai e consigo mesma sobre a moralidade de um relacionamento fisicamente mais íntimo com Peter.)

Muito poucas pessoas atingem o terceiro nível, quando podem escolher entre dois padrões socialmente aceitos. Na verdade, em determinado momento, Kohlberg questionou a validade do sexto estágio, já que tão poucas pessoas parecem alcançá-lo (Muuss, 1988). Posteriormente, contudo, ele propôs um sétimo estágio "cósmico" (ver Capítulo 13), no qual as pessoas consideram os efeitos de suas ações não apenas sobre as outras pessoas, mas também sobre o universo como um todo (Kohlberg, 1981; Kohlberg e Ryncarz, 1990).

Um dos motivos pelos quais as idades associadas aos níveis de Kohlberg são tão variáveis é que fatores além da cognição, como desenvolvimento emocional e experiência de vida, influenciam os julgamentos morais. As pessoas que alcançaram um alto nível de desenvolvimento cognitivo nem sempre alcançam um nível comparavelmente alto de desenvolvimento moral. Assim, um certo nível de desenvolvimento cognitivo é *necessário*, mas não *suficiente* para um nível comparável de desenvolvimento moral.

Avaliação da Teoria de Kohlberg

Kohlberg e Piaget trouxeram uma profunda mudança em nosso modo de ver o desenvolvimento moral. Em vez de verem a moralidade apenas como a capacidade de controle sobre impulsos de autogratificação, os pesquisadores hoje examinam como as crianças fazem juízos morais com base em sua crescente compreensão do mundo social. Entretanto, ao analisarem o desenvolvimento moral inicial, tanto Kohlberg como Piaget podem ter dado excessiva ênfase a fatores externos, como obediência a regras e medo de punição, deixando de considerar a capacidade das crianças pequenas de reconhecer o impacto de suas ações sobre os outros (Turiel, 1998).

A pesquisa confirma alguns aspectos da teoria de Kohlberg, mas deixa outros em aberto. Os meninos norte-americanos que Kohlberg e seus colaboradores acompanharam até a idade adulta passaram pelos estágios de Kohlberg em sequência, e nenhum pulou de etapa. Seus julgamentos morais se correlacionaram positivamente com a idade, com a educação, com o QI e com a condição socioeconômica (Colby, Kohlberg, Gibbs e Lieberman, 1983).

Tabela 11-2 Seis Estágios de Julgamento Moral segundo Kohlberg

Níveis	Estágios de julgamento	Respostas Típicas ao Dilema de Heinz
Nível 1: Moralidade Pré-convencional (de 4 a 10 anos) A ênfase neste nível está no controle externo. Os padrões são os dos outros, que são observados ou para evitar punição ou para obter recompensa ou por interesse próprio.	1º Estágio: Orientação para a punição e para a obediência. "O que irá acontecer comigo?" As crianças obedecem às regras dos outros para evitar punição. Elas ignoram os motivos de um ato e concentram-se em sua forma física (como, por exemplo, a magnitude de uma mentira) ou suas conseqüências (por exemplo, a extensão de danos físicos).	A favor: "Ele deveria roubar o remédio. Não está errado fazê-lo. Não é como se ele não tivesse primeiro pedido para pagá-la. O remédio que ele levaria vale apenas 200 dólares: ele não está roubando um remédio que vale dois mil dólares". Contra: Ele não deveria roubar o remédio. É um crime terrível. Ele não tinha permissão; usou de força, arrombou e entrou. Ele causou muitos estragos, roubando um remédio muito caro e arrombando a loja".
Nível II: Moralidade convencional (de 10 a 13 anos ou mais tarde) As crianças agora desejam agradar aos outros. Elas ainda observam o padrão dos outros, mas, em certa medida, já internalizaram esses padrões. Agora querem ser vistas como "boas" pelas pessoas cujas opiniões lhes são importantes. São suficientemente capazes de assumir papéis de figuras de autoridade para decidir se uma ação é boa pelos seus padrões.	2º Estágio: Finalidade e troca instrumental. "Você coça minhas costas que eu coço as suas". As crianças conformam-se às regras por interesse próprio e por consideração pelo que os outros poderiam lhes proporcionar em troca. Consideram um ato em termos das necessidades humanas que ele satisfaz e diferenciam esse valor da forma física e das conseqüências do ato.	A favor: "Está certo roubar o remédio porque sua esposa necessita dele e porque ele quer que ela sobreviva. Não é que ele queira roubar, mas é isso que precisa fazer para obter o remédio e salvá-la." Contra: Ele não deveria roubá-lo. O farmacêutico não está errado, nem é mau; ele apenas quer ter lucro. É para isso que servem os negócios - para ganhar dinheiro".
	3º Estágio: Manter relações mútuas, aprovação dos outros, a regra geral. "Sou um(a) bom(a) menino(a)?: As crianças querem agradar e ajudar aos outros, são capazes de julgar as intenções dos outros e desenvolvem suas próprias idéias do que é ser uma boa pessoa. Avaliam um ato segundo o motivo por trás dele ou segundo a pessoa que o pratica, levando em conta as circunstâncias.	A favor: "Ele deveria roubar o remédio. Ele só está fazendo algo que é natural que um bom marido faça. Não se pode culpá-lo por fazer algo por amor a sua esposa. Ele seria culpável se não amasse sua esposa o suficiente para salvá-la." Contra: "Ele não deveria roubar. Caso sua esposa venha a morrer, a culpa não pode ser atribuída a ele. Não é que ele não tenha coração ou que não a ame o suficiente para fazer tudo o que legalmente possa fazer. O farmacêutico é que é egoísta ou sem sentimentos".
Nível III: Moralidade pós-convencional (início da adolescência ou somente na idade adulta e, às vezes, nunca) Esse nível marca a chegada à verdadeira moralidade. Pela primeira vez, a pessoa reconhece a possibilidade de conflito entre dois padrões socialmente aceitos e tenta decidir-se entre eles. O controle da conduta agora é interno, tanto nos padrões observados como no julgamento sobre o que é certo e errado. Os estágios 5 e 6 podem ser expressões alternativas do nível mais elevado de julgamento moral.	4º Estágio: Preocupação social e consciência. "E se todos agissem assim?": As pessoas estão preocupadas em cumprir suas obrigações, mostrando respeito por autoridades superiores e mantendo a ordem social. Elas consideram um ato sempre errado, independentemente de seu motivo ou das circunstâncias caso ele viole uma regra e prejudique os outros".	A favor: "Você deve roubá-la. Se você não fizesse nada, estaria deixando sua esposa morrer. É sua responsabilidade se ela morrer. Você deve levar o remédio com a idéia de pagar o farmacêutico." Contra: É natural que Heinz queira salvar sua esposa, mas é sempre errado roubar. Ele sabe que está roubando e levando um remédio valioso do homem que o fabricou".
	5º Estágio: Moralidade de contrato, dos direitos individuais e da lei democraticamente aceita. As pessoas pensam em termos racionais, valorizando a vontade da maioria e o bem-estar da sociedade. Elas geralmente vêem o cumprimento da lei como a melhor maneira de sustentar esses valores. Ainda que reconheçam que existem ocasiões em que as necessidades humanas e a lei entram em conflito, acreditam que, a longo prazo, o cumprimento da lei é o melhor para a sociedade.	A favor: "A lei não foi feita para estas circunstâncias. Roubar o remédio, nesta situação, não é realmente correto, mas tem sua justificativa". Contra: "Não se pode culpar alguém totalmente por roubar, mas circunstâncias extremas não justificam fazer justiça com as próprias mãos. Não é possível permitir que as pessoas roubem quando estão desesperadas. O objetivo pode ser bom, mas os fins não justificam os meios".

(Continua)

Tabela 11-2 Continuação

Níveis	Estágios de Julgamento	Respostas Típicas ao Dilema de Heinz
	6º Estágio: <i>Moralidade dos princípios éticos universais.</i> As pessoas fazem o que, como indivíduos, pensam que é correto fazer, independentemente das restrições legais ou da opinião dos outros. Elas atuam de acordo com padrões internalizados, sabendo que condenariam a si mesmas caso não o fizessem.	A favor: Esta é uma situação que o força a escolher entre roubar e deixar sua esposa morrer. Em uma situação onde a escolha deve ser feita, é moralmente correto roubar. Ele deve agir em termos do princípio de preservar e de respeitar a vida". Contra: "Heinz está diante da decisão de considerar ou não as outras pessoas que precisam do remédio tanto quanto sua esposa. Heinz deveria agir não de acordo com seus sentimentos particulares em relação à esposa, mas considerando o valor de todas as vidas envolvidas".

Fonte: Adaptado de Kohlberg, 1969; Lickona, 1976.

Entretanto, a pesquisa constatou a ausência de uma relação clara entre julgamento moral e comportamento moral. Pessoas em nível pós-convencionais de julgamento não agem necessariamente mais moralmente do que outras em níveis inferiores (Colby e Damon, 1992; Kupfersmid e Wonderly, 1980). Talvez um problema seja a distância entre a experiência dos jovens e os dilemas como a situação de "Heinz". Por outro lado, delinquentes juvenis (principalmente meninos) apresentam atrasos de desenvolvimento em testes de julgamento moral baseados na teoria de Kohlberg (Gregg, Gibbs e Basinger, 1994).

Um problema de ordem prática na utilização do sistema de Kohlberg refere-se aos procedimentos de teste, os quais exigem muito tempo. Os dilemas padrão precisam ser apresentados a cada pessoa individualmente, e a contagem de pontos deve ser realizada por juízes treinados. Uma alternativa é o Teste de Questões Definidoras (TQD), que pode ser administrado rapidamente a um grupo e no qual a contagem de pontos é objetiva (Rest, 1975). Seus resultados correlacionam-se moderadamente bem com a pontuação nas tarefas tradicionais de Kohlberg. Quanto o TQD foi aplicado em grandes amostras de pessoas de diversas idades, desde adolescentes a adultos, os participantes utilizavam os princípios de Kohlberg com mais consistência quando estavam claramente em um estágio ou em outro. Quando estavam em transição, apareciam mais conflitos e confusão (Thoma e Rest, 1999).

Influências Familiares Piaget e Kohlberg não consideravam os pais importantes para o desenvolvimento moral das crianças. Pesquisas mais recentes, contudo, enfatizam a contribuição dos pais tanto no domínio cognitivo como no emocional.

Em um estudo, pediu-se aos pais de 63 alunos de 1ª, 4ª, 7ª e 10ª séries* que conversassem com seus filhos sobre dois dilemas: um dilema hipotético e um dilema real descrito pela criança (Walker e Taylor, 1991). As crianças e os adolescentes que, durante os dois anos seguintes, apresentaram mais progresso ao longo dos estágios de Kohlberg eram aquelas cujos pais haviam utilizado humor e elogio, ouviam-nas e pediam suas opiniões. Esses pais faziam perguntas de esclarecimento, reformulavam as respostas e conferiam se as crianças haviam compreendido as perguntas. Debatiam com seus filhos em um nível ligeiramente superior ao que as crianças estavam, como no método de andaimes. As crianças que menos evoluíam eram aquelas cujos pais faziam preleções ou questionavam ou contradiziam suas opiniões.

Validade para Mulheres e Moças Carol Gilligan (1982), com base na pesquisa sobre mulheres, alega que a teoria de Kohlberg está mais orientada a valores que são mais importantes para os homens do que para as mulheres. Segundo Gilligan, as mulheres vêem a moralidade não tanto em termos de justiça e de imparcialidade quanto de responsabilidade em demonstrar interesse e em evitar danos.

A pesquisa não confirma a alegação de Gilligan sobre a tendenciosidade dos estágios de Kohlberg em prol dos homens, e, desde então, ela modificou sua posição (ver

* N. de T.: Refere-se ao modelo norte-americano como de ensino.

Pense sobre isso...

- O método de Kohlberg de avaliar o desenvolvimento moral pela avaliação das reações dos participantes a dilemas morais é amplamente utilizado. Esse parece ser o método mais apropriado? Justifique sua resposta. Que medida alternativa você poderia sugerir?

Capítulo 13). Contudo, algumas pesquisas constataram diferenças de gênero nos julgamentos morais no início da adolescência, sendo que as moças obtêm pontuações *superiores* às dos rapazes (Garmon, Basinger, Gregg e Gibbs, 1996; Skoe e Gooden, 1993). Isso pode dever-se ao fato de que as mulheres amadurecem antes e têm relacionamentos sociais mais íntimos (Garmon et al., 1996; Skoe e Diessner, 1994). No início da adolescência, as moças realmente tendem a enfatizar questões de interesse mais do que os rapazes, sobretudo quando testadas com perguntas abertas ("Qual a importância de cumprir as promessas feitas a amigos?") ou dilemas morais de sua escolha relacionados à sua experiência pessoal (Garmon et al., 1996).

Validade Transcultural Estudos transculturais confirmam a sequência de estágios de Kohlberg - até certo ponto. Pessoas mais velhas de outros países que não os Estados Unidos tendem a obter pontuações de estágios mais elevados do que pessoas mais jovens. Entretanto, pessoas de culturas não-ocidentais raramente obtêm pontuações superiores à do quarto estágio (Edwards, 1982; Nisan e Kohlberg, 1982; Snarey, 1985). É possível que essas culturas não promovam um desenvolvimento moral superior, mas parece mais provável que alguns aspectos da definição de Kohlberg de moralidade podem não se enquadrar nos valores culturais de algumas sociedades (ver Capítulo 13).

O próprio Kohlberg observou que antes que as pessoas possam desenvolver uma moralidade plenamente baseada em princípios, elas devem reconhecer a relatividade dos padrões morais. Os adolescentes começam a compreender que toda sociedade desenvolve suas próprias definições de certo e errado; em alguns casos, os valores de uma cultura podem até parecer chocantes aos integrantes de outra (ver Quadro 11-1, apresentado anteriormente). Muitos jovens questionam suas antigas visões em torno da moralidade quando entram no ensino médio ou superior e conhecem pessoas cujos valores, cuja cultura e cuja origem étnica são diferentes dos seus.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Relacionar os níveis e os estágios de Kohlberg e de discutir os fatores que influenciam a rapidez com que as crianças e os adolescentes evoluem ao longo deles?
- ✓ Avaliar a teoria de Kohlberg, principalmente com respeito às influências familiares, ao gênero e à validade cultural?

Questões Educacionais e Vocacionais

A escola é a experiência organizadora central na vida da maioria dos adolescentes. Ela oferece oportunidades para adquirir informações, para dominar novas habilidades e aguçar as já adquiridas, para participar de atividades esportivas, artísticas e de outra natureza, para explorar opções vocacionais e para estar entre amigos. Ela amplia os horizontes intelectuais e sociais. Para alguns adolescentes, entretanto, a escola não é uma oportunidade, e sim mais um obstáculo no caminho para a idade adulta.

Examinemos as influências sobre o desempenho escolar. Depois, analisaremos por que alguns jovens abandonam a escola e que preço pagam por isso. Por fim, daremos consideração ao planejamento da educação superior e das vocações.

Influências no Desempenho Escolar

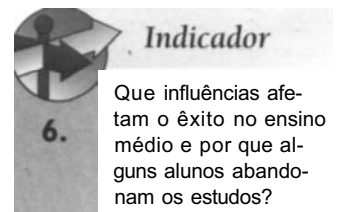
Que influências afetam o êxito na escola de ensino médio e por que alguns alunos a abandonam?

Hoje, quase 83% dos norte-americanos de 25 anos ou mais - mais do que em qualquer época anterior - concluíram a escola de ensino médio. Além disso, essa proporção está crescendo em coortes mais jovens: entre pessoas de 25 a 29 anos, ela é cerca de 88% (Day e Curry, 1998).

Historicamente, nos Estados Unidos, a educação tem sido a garantia de desenvolvimento econômico e social e de êxito na vida adulta. Para alguns estudantes, entretanto, a escola não cumpre essa finalidade vital.

Crenças de Auto-eficácia e de Motivação Acadêmica

O que faz com que um estudante esforce-se por boas notas enquanto outro fracassa? Segundo Albert Bandura (Bandura, Barbaranelli, Caprara e Pastorelli, 1996; Zimmerman, Bandura e Martinez-Pons, 1992), cuja teoria sociocognitiva foi discutida nos Capítulos 2 e 8, um fator importante é a **auto-eficácia**. Os estudantes que acreditam que podem aprender o material acadêmico e regular sua própria aprendizagem têm maior probabilidade de obter bons resultados e de ter êxito do que aqueles que não acreditam em suas próprias capacidades.



auto-eficácia

Entendimento da capacidade de enfrentar desafios e de alcançar metas.

Aprendizes que se auto-regulam estão interessados em aprender. Fixam metas desafiadoras e utilizam estratégias apropriadas para alcançá-las. Eles se esforçam, persistem a despeito das dificuldades e buscam auxílio quando necessário. Os estudantes que não acreditam em sua capacidade de ter êxito tendem a ficar frustrados e deprimidos - sentimentos que dificultam o bom êxito.

Em um estudo que descobriu uma ligação entre crenças de auto-eficácia e de realização acadêmica, 116 estudantes de 1º e 2º ano do ensino médio de diversas origens étnicas de duas escolas do leste norte-americano responderam a um questionário sobre sua capacidade de aprender e de regular seu próprio aprendizado (Zimmerman et al., 1992; ver Tabela 11-3). A percepção de auto-eficácia dos estudantes previu as notas em estudos sociais que eles desejavam, predisseram e obtiveram. As metas dos estudantes eram influenciadas pelas metas que os pais tinham para eles, mas essa influência foi moderada pelas crenças dos estudantes em relação a suas próprias capacidades. A mensagem está clara: se os pais querem que seus filhos se saiam bem na escola, devem fazer mais do que estabelecer grandes expectativas. Devem entender também que as crianças possuem experiências de aprendizagem que formam uma crença em sua capacidade de serem bem-sucedidas.

Diversos fatores, incluindo as crenças e as práticas educativas parentais, a condição socioeconômica e a influência dos amigos, influenciam a capacidade dos pais de moldar as realizações das crianças. Como com outros aspectos do desenvolvimento, a percepção de auto-eficácia dos próprios pais - sua crença em sua capacidade de promover o desenvolvimento acadêmico de seus filhos - afeta seu êxito para fazê-lo. Pais que são economicamente seguros e que possuem altas aspirações para seus filhos e um forte senso de eficácia parental tendem a ter filhos com altas metas e com desempenho acadêmico, que são capazes de resistir às pressões dos amigos (Bandura et al., 1996).

O Envolvimento dos Pais e os Estilos Parentais

Os pais também podem influenciar o desempenho educacional dos filhos envolvendo-se na educação deles: atuando como seus defensores e impressionando os professores com a seriedade dos objetivos educacionais da família (Bandura et al., 1996). Os alunos cujos pais envolvem-se em suas vidas escolares e acompanham seu avanço se saem melhor na escola de ensino médio. Isso se aplica particularmente aos pais cujo envolvimento varia mais do que o de mães (NCES, 1985).

O envolvimento parental pode estar relacionado com seu modo de criar os filhos (ver Capítulo 8). *Pais democráticos* fazem os adolescentes considerar os dois lados das questões, admitem que às vezes os filhos sabem mais do que os pais e aceitam a participação dos filhos nas decisões familiares. Esses pais conseguem um bom equilíbrio entre fazer exigências e manter a responsividade. Seus filhos recebem elogios e privilégios por obterem boas notas; notas baixas trazem encorajamento para se esforçar mais e ofertas de auxílio. *Pais autoritários* dizem aos adolescentes que não discutam com os adultos nem os questionem, dizendo-lhes que "irão entender quando forem adultos". Boas notas trazem admoestações para melhorar ainda mais; notas baixas perturbam os pais, que podem punir os filhos diminuindo a mesada ou proibindo-lhes de sair. *Pais permissivos* parecem não se importar com as notas, não estabelecem regras para assistir à televisão, não participam das cerimônias escolares e não ajudam nem verificam o dever escolar dos filhos. Esses pais podem não ser negligentes ou indiferentes, estando apenas convencidos de que os adolescentes devem ser responsáveis por suas próprias vidas.

A pesquisa demonstra consistentemente que os efeitos positivos de uma criação democrática continuam durante a adolescência. Entre cerca de 6.400 alunos do ensino médio na Califórnia, os filhos de pais democráticos tendem a se sair melhor na escola do que os de pais autoritários e permissivos (Dornbusch, Ritter, Leiderman, Roberts e Fraleigh, 1987; Steinberg e Darling, 1994; Steinberg, Lamborn, Dornbusch e Darling, 1992). Adolescentes criados democraticamente não apenas apresentam melhor desenvolvimento acadêmico, mas são socialmente mais competentes, emocionalmente mais saudáveis e apresentam menos problemas de comportamento do que crianças criadas de forma autoritária ou permissiva (Glasgow, Dornbusch, Troyer, Steinberg e Ritter, 1997).

O que explica o êxito acadêmico de adolescentes criados democraticamente? O maior envolvimento dos pais na educação pode ser um fator, assim como seu encorajamento de atitudes positivas em relação ao trabalho. Um mecanismo mais sutil, compatível com as descobertas de Bandura, pode ser a influência dos pais sobre como as

Tabela 11-3 Questionário de Auto-Eficácia para Alunos do Ensino Médio

Auto-eficácia para Aprendizado Auto-regulado

Em que medida você:

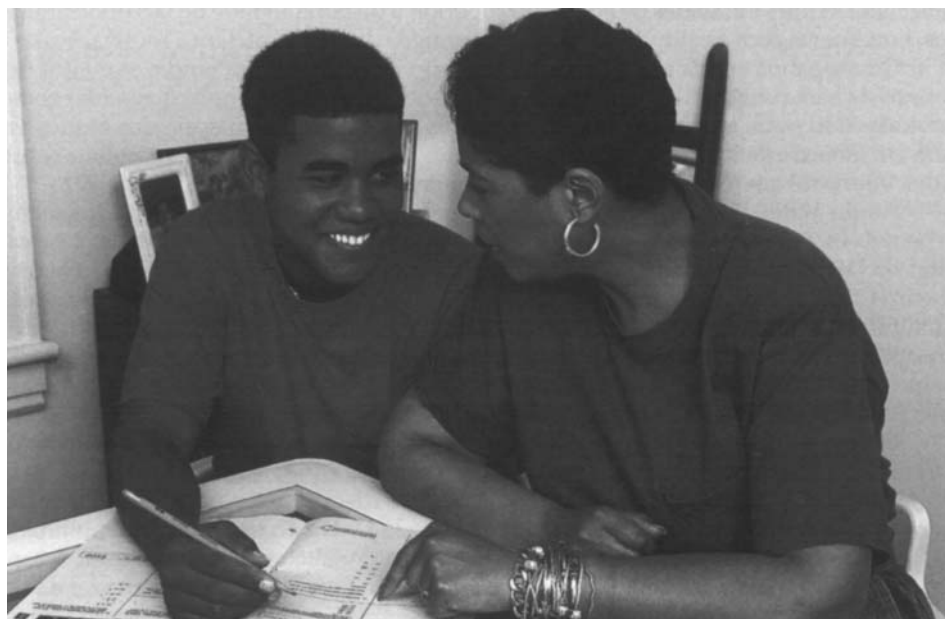
1. Conclui os deveres de casa dentro do prazo?
2. Estuda quando existem outras coisas interessantes para fazer?
3. Concentra-se nas matérias escolares?
4. Faz anotações durante a aula!
5. Utiliza a biblioteca para obter informações para fazer os deveres de casa?
6. Planeja seus estudos?
7. Organiza seus estudos?
8. Recorda-se das informações apresentadas em aula e nos livros?
9. Encontra um lugar em que possa estudar sem distrações?
10. Estimula-se a fazer os trabalhos da escola?
11. Participa das discussões em aula?

Auto-Eficácia para um Bom Desempenho Acadêmico

Em que medida você:

1. Aprende matemática geral?
2. Aprende álgebra?
3. Aprende ciências?
4. Aprende biologia?
5. Aprende métodos de leitura e de redação?
6. Aprende a utilizar computadores?
7. Aprende línguas estrangeiras?
8. Aprende estudos sociais?
9. Aprende gramática?

Fonte: Adaptado de Zimmerman et al., 1992, Tabela 1, p. 668.



Muito embora os adolescentes sejam mais independentes do que as crianças, a atmosfera do lar continua a influenciar o desempenho escolar. Os pais ajudam não apenas monitorando o dever de casa, mas também tendo interesse ativo em outros aspectos das vidas dos adolescentes. Filhos de pais democráticos, os quais discutem as questões abertamente e dão elogios e encorajamento, tendem a se sair melhor na escola.

crianças explicam o êxito ou o fracasso. Em um estudo com 2.353 alunos de seis escolas de ensino médio na Califórnia e três escolas de Wisconsin, os jovens que identificavam seus pais como não-democráticos tinham maior tendência do que seus pares a atribuir as más notas a causas externas ou à pouca capacidade - forças fora de seu controle - do que a seus próprios esforços. Um ano depois, esses estudantes tendiam a prestar menos atenção em aula e a dedicar menos tempo aos deveres escolares (Glasgow et al., 1997). Assim, um sentimento de impotência associado a uma educação não-democrática pode tornar-se uma profecia autodeterminada, desestimulando os estudantes de tentar se sair bem.

Etnicidade e Influência dos Pares

As descobertas sobre o valor da criação democrática *não* parecem aplicar-se a alguns grupos étnicos e culturais. Em um estudo, estudantes latinos e afro-americanos - mesmo aqueles com pais democráticos - não se saíram tão bem quanto estudantes brancos, ao que parece por falta de apoio dos colegas para êxito acadêmico (Steinberg, Dornbusch e Brown, 1992). Por outro lado, estudantes americanos asiáticos, cujos pais às vezes são descritos como autoritários, obtêm notas mais altas e maior pontuação do que estudantes brancos em testes de capacidade matemática, aparentemente porque ambos, pais e amigos, valorizam o bom êxito (Chen e Stevenson, 1995). Além de terem pais e amigos com altos padrões acadêmicos, que valorizam o esforço, os estudantes americanos asiáticos tendem a freqüentar boas escolas, a fazer cursos desafiadores e a gostar de matemática. Também passam mais tempo estudando do que estudantes brancos e menos tempo na companhia de amigos, tendo menor probabilidade de trabalhar fora (ver Quadro 11-2).

Em alguns grupos étnicos, portanto, os estilos de criação podem ser menos importantes do que outros fatores que afetam a motivação. Jovens que se interessam pelo que estão aprendendo e cujos pais e amigos valorizam a educação têm maior motivação para ter êxito. O expressivo desempenho escolar de muitos jovens de primeira e de segunda geração descendentes de imigrantes - não somente do leste asiático, mas também das Filipinas, do México e da Europa - reflete a forte ênfase e o apoio que suas famílias e seus amigos dão ao êxito educacional (Fuligni, 1997).

Condição Socioeconômica e Ambiente Familiar

A condição socioeconômica pode ser um fator poderoso no desempenho escolar - não em e por si mesma, mas através de sua influência sobre a atmosfera familiar, sobre a escolha do bairro para morar e sobre o modo dos pais educarem os filhos (NRC, 1993a). Filhos de pais pobres e com baixo nível de instrução têm mais chances de experimentar atmosferas familiar e escolar negativas e eventos estressantes (Felner et al., 1995). O bairro onde uma família tem condições de morar geralmente determina a qualidade do ensino disponível, bem como as oportunidades de educação superior; a disponibilidade de tais oportunidades, juntamente com as atitudes no grupo de amigos do bairro, afetam a motivação.

Quando uma escola tem um predomínio de crianças de baixa renda, os efeitos negativos da baixa condição socioeconômica se disseminam pela população escolar como um todo. Isso pode ajudar a explicar por que as escolas onde a maioria dos alunos vivem em lares de pais solteiros (muitos dos quais de baixa renda) tendem a obter resultados inferiores em testes de oitava série de matemática e de leitura (Pong, 1997).

Ainda assim, alguns jovens de famílias pobres e de bairros desfavorecidos saem-se bem na escola e melhoram suas condições de vida. O que pode fazer diferença é o **capital social**: os recursos familiares e comunitários de que as crianças dispõem. Os pais que investem tempo e esforço em seus filhos e que possuem uma forte rede de apoio comunitário constroem o capital social da família (Coleman, 1988). Pais solteiros e padrastos e madrastas que mantêm relações com outros pais podem tornar-se mais conscientes dos programas e das atividades escolares e, assim, promover o desempenho de seus filhos (Pong, 1997).

Em um estudo de 20 anos com 252 crianças de Baltimore, cujas mães em sua maioria eram adolescentes pobres e afro-americanas, aquelas que - independentemente da renda, do nível de instrução e do emprego dos pais - dispunham de maior capital social (conforme medidas como as apresentadas na Tabela 11-4) tinham maior probabilidade de, no final da adolescência, ter completado o ensino médio e, em alguns casos, ter ingressado na faculdade ou no mercado de trabalho e de estar desfrutando uma renda estável (Furstenberg e Hughes, 1995).

capital social

Recursos familiares e comunitários que uma pessoa pode utilizar.



Quadro 11-2

Os Adolescentes Devem Trabalhar em Turno Parcial?

*A*tualmente, muitos adolescentes têm empregos de turno parcial. Essa tendência conforma-se à crença americana, muito antiga, de que o trabalho traz benefícios morais. Entretanto, algumas pesquisas contestam o valor do trabalho em turno parcial para estudantes do ensino médio. Vamos examinar os dois lados da questão.

No aspecto positivo, geralmente se acredita que o trabalho remunerado ensina os jovens a lidar com o dinheiro e a desenvolver bons hábitos de trabalho. Um bom emprego de turno parcial exige que o adolescente assuma responsabilidade e que se relacione com pessoas de diferentes idades e proveniências. Permite que o adolescente adquira determinadas habilidades, tais como encontrar um emprego e relacionar-se com empregadores, com os colegas de trabalho e, às vezes, com o público. Pode melhorar o autoconceito dando aos jovens um maior senso de competência, de independência dos pais e de prestígio entre os amigos. Ao ajudá-los a aprender mais sobre determinadas áreas de trabalho, o emprego pode orientá-los na escolha da profissão e também levar a um melhor desempenho nessas áreas (Elder e Caspi, 1990; Mortimer e Shanahan, 1991; National Commission on Youth, 1980; Philips e Sandstrom, 1990; Steel, 1991). Além disso, ao mostrar aos adolescentes o quão exigente e difícil é o mundo do trabalho, e o quão despreparados eles estão para ele, os empregos de turno parcial às vezes motivam as pessoas a prosseguir nos estudos.

No aspecto negativo, a maioria dos estudantes de ensino médio que trabalham em turno parcial têm empregos repetitivos e de baixo nível, nos quais não adquirem habilidades que lhes serão úteis posteriormente na vida. Segundo algumas pesquisas, os adolescentes que trabalham não são mais independentes na tomada de decisões financeiras e não têm probabilidade de ganhar mais dinheiro quando adultos do que estudantes que não têm emprego durante o ensino médio. Ao assumirem responsabilidades adultas para as quais ainda não estão preparados, os jovens podem perder a oportunidade de explorar sua identidade e de desenvolver relacionamentos próximos. Trabalhar fora pode exigir "malabarismos" estressantes com outros compromissos e reduzir o envolvimento na escola (Greenberger e Steinberg, 1986). Existem alguns indícios de que trabalhar muitas horas parece comprometer o desempenho escolar e aumentar a probabilidade de evasão, especialmente quando os adolescentes trabalham mais do que 15 a 20 horas por semana (NCES, 1987). Entretanto, as descobertas sobre a influência do emprego nas notas são mistas (Mortimer, Finch, Ryu, Shanahan e Call, 1996).

O trabalho remunerado também pode ter outras desvantagens ocultas. Os jovens que trabalham muitas horas têm menor probabilidade de tomar café da manhã, de fazer exercícios, de dormir o suficiente ou de ter tempo suficiente de lazer (Bachman e Schulenberg, 1993). Eles passam menos tempo com a família e podem sentir-se mais distantes dela. Têm pouco contato com adultos no trabalho, e seus empregos geralmente reforçam estereótipos sexuais. Alguns adolescentes gastam o que ganham em álcool ou drogas, desenvolvem atitudes cínicas em relação ao trabalho e enganam ou roubam seus empregadores (Greenberger e Steinberg, 1986; Steinberg, Fegley e Dorn-

busch, 1993). Esse tipo de conduta pode estar relacionado com a assunção precoce de papéis adultos - um esforço para crescer cedo demais (Bachman e Schulenberg, 1993). Alguns dos efeitos indesejáveis podem resultar não do trabalho em si, mas de fatores que motivam alguns adolescentes a arranjar empregos. Alguns podem querer trabalhar porque já não estão mais interessados na escola ou sentem-se alienados de suas famílias, ou porque querem dinheiro para comprar drogas e bebidas.

Um estudo longitudinal que acompanhou mil estudantes de St. Paul, Minnesota, durante o ensino médio sugere que alguns dos efeitos prejudiciais do trabalho podem ter sido exagerados (Mortimer et al., 1996). A cada ano, os alunos preencheram questionários criados para medir sua saúde mental e sua adaptação comportamental. Respondiam sobre suas notas médias, sobre quanto tempo dedicavam aos deveres e sobre o quanto fumavam e bebiam. Também respondiam se estavam trabalhando pela remuneração e, nesse caso, por quantas horas por semana.

Segundo as descrições baseadas nesses questionários, o número de horas que um adolescente trabalhava não parecia reduzir a auto-estima ou a motivação para aprender. Os alunos que trabalhavam tampouco apresentavam tendência incomum à depressão. Durante os primeiros três anos, trabalhar não tinha efeito no tempo dedicado aos deveres ou nas notas. Somente no último ano os estudantes que trabalhavam mais de 20 horas por semana tendiam a fazer menos deveres de casa do que os outros estudantes, e, mesmo assim, suas notas e sua motivação para se saírem bem na escola não era afetada quando comparado com colegas que não trabalhavam. Além disso, alunos que trabalhavam 20 ou menos horas durante o último ano do ensino médio obtinham notas *mais altas* do que aqueles que trabalhavam mais horas ou que não trabalhavam. Trabalhar não estava relacionado com fumo ou com problemas comportamentais na escola. Entretanto, trabalhar mais de 20 horas por semana estava associado com maior uso de álcool.

Essa pesquisa não fornece uma resposta definitiva à questão de se trabalhar fora é bom ou ruim para os adolescentes. Em primeiro lugar, os dados são totalmente baseados em descrições pessoais. Além disso, eles não sondam a influência do trabalho sobre o uso de drogas ilícitas, de fraude escolar, de delinquência, de comportamento sexual ou de várias outras possíveis preocupações. Por fim, o estudo abordou apenas o *quanto* os jovens trabalham, e não a qualidade de sua experiência de trabalho. Outro estudo com mais de 12 mil estudantes da 7ª série do ensino fundamental até o último ano do ensino médio, selecionados randomicamente naquele país (também baseado sobretudo em descrições pessoais) constatou que adolescentes que trabalham 20 ou mais horas por semana tendem a sentir mais estresse, a fumar, a beber ou a usar maconha e a começar a vida sexual mais cedo (Resnick et al., 1997). Outros estudos sugerem ainda que fatores como oportunidade de desenvolvimento, chance de adquirir habilidades úteis e os tipos de responsabilidades que os adolescentes têm no trabalho podem determinar se sua experiência é positiva ou negativa (Call, Mortimer e Shanahan, 1995; Finch, Shanahan, Mortimer e Ryu, 1991; Shanahan, Finch, Mortimer e Ryu, 1991).

Tabela 11-4 Fatores de Contribuição para o Capital Social**Dentro da Família**

Coesão Familiar

Apoio materno para e da própria mãe

Pais vêem irmãos ou avós semanalmente?

Pai em casa:

Pai biológico ou padrasto há muito tempo?

Ajuda dos pais nos deveres de casa

Atividades da criança com os pais

Expectativas dos pais em relação ao desempenho escolar

Aspirações educacionais dos pais para a criança

Encorajamento da criança por parte da mãe

Presença da mãe nas reuniões escolares

Número de amigos da criança que a mãe conhece

Elos da Família com a Comunidade

Envolvimento religioso

Forte rede de apoio

Mãe vê amiga(o) íntima(o) semanalmente?

Criança mudou alguma vez de escola devido à mudança de residência?

Expectativas educacionais dos amigos da criança

Qualidade da escola

Bairro como lugar para crescer

Fonte: Adaptado de Furstenberg e Hughes, 1995.

Qualidade de Ensino

Um importante fator no desempenho dos estudantes é a qualidade das escolas que frequentam. Uma boa escola de ensino médio tem uma atmosfera de organização sem ser opressiva, um diretor ativo e energético e professores que participam da tomada de decisões. O diretor e os professores devem ter altas expectativas para os estudantes, dar mais ênfase às disciplinas acadêmicas do que às atividades extracurriculares e monitorar de perto o desempenho dos alunos (Linney e Seidman, 1989).

A prática educacional conhecida como *seleção*, isto é, agrupar os estudantes por capacidade, pode contribuir para o fracasso. Os estudantes colocados em turmas mais atrasadas perdem o estímulo dos colegas mais habilidosos e muitas vezes recebem ensino mais fraco. Raramente sobem de categoria, e muitos perdem a vontade de tentar melhorar (NRC, 1993a). Além disso, uma vez que o fracasso escolar e o contato com colegas anti-sociais estão muitas vezes associados ao comportamento anti-social, reunir estudantes de mau desempenho pode solidificar os problemas de comportamento (Dishion, Patterson, Stoolmiller e Skinner, 1991). Algumas pesquisas sugerem que grupos com estudantes de diversos níveis de habilidade trazem benefícios cognitivos, sociais e psicológicos para estes jovens e não atrasam os estudantes mais capazes (Oakes, Gamoran e Page, 1992; Rutter, 1983). Entretanto, outra pesquisa constatou que estudantes bem-dotados têm melhor desempenho e maior motivação quando reunidos com colegas de mesmo nível intelectual (Feldhusen e Moon, 1992).

As escolas que adaptam o ensino às capacidades dos alunos obtêm melhores resultados do que aquelas que tentam ensinar todos os alunos da mesma maneira. A pesquisa sobre a teoria triárquica da inteligência de Sternberg (ver Capítulo 9) constatou que aqueles que possuem alta inteligência prática ou criativa se saem melhor quando ensinados de uma forma que lhes permita aproveitar essas vantagens e compensar suas deficiências (Sternberg, 1997).

Alguns sistemas escolares de grande escala, tais como os de Nova York, da Filadélfia e de Chicago, estão fazendo experiências com escolas pequenas, autônomas ou pertencentes a escolas maiores - pequenas o suficiente para que os alunos, os professores e os pais formem uma comunidade de aprendizagem unida por uma visão comum

de boa educação. O programa escolar pode ter um foco especial, como os estudos étnicos. O ensino é flexível, inovador e personalizado; os professores trabalham juntos e conhecem bem os alunos (Meier, 1995; Rossi, 1996). Em Central Park East, um complexo etnicamente diverso de quatro pequenas escolas de ensino fundamental e médio situado em East Harlem, em Nova York, 90% dos alunos concluem o ensino médio, e 90% desses alunos ingressam no ensino superior, comparado com uma taxa de graduação média na cidade de 50% (Meier, 1995).

Abandono da Escola

A sociedade sofre quando os jovens não concluem seus estudos. Aqueles que abandonam os estudos tendem a estar desempregados ou a ter baixos salários, a acabar vivendo de seguro-desemprego e a se envolver com drogas, com crimes e com delinquência. Além disso, a perda de renda tributável onera o tesouro público (NCES, 1987,1999).

Poucos estudantes abandonam os estudos nos dias de hoje, e alguns eventualmente voltam à escola para obter um certificado de equivalência ao ensino médio. Em 1997, apenas 4,6% dos estudantes abandonaram a escola de ensino médio. Os estudantes hispânicos tiveram quase duas vezes mais chances de abandonar a escola do que estudantes afro-americanos (9,5% contra 5%), e quase três vezes mais do que brancos não-hispânicos (3,6%). Na totalidade dos estudantes de 16 a 24 anos, 11% abandonam os estudos no ensino médio: 7,6% de brancos, 13,4% de negros e 25,3% de hispânicos. As taxas mais elevadas entre hispânicos pode dever-se, pelo menos em parte, à imigração recente (NCES, 1999).

Estudantes de baixa renda são muito mais inclinados a abandonar os estudos do que estudantes de classe média ou alta (NCES, 1999). As maiores taxas de evasão entre grupos minoritários que vivem na pobreza podem dever-se em parte à má qualidade de suas escolas quando comparadas com aquelas freqüentadas por crianças mais favorecidas. Entre outros possíveis motivos para as elevadas taxas de evasão entre latinos encontram-se as dificuldades de linguagem, as pressões financeiras e uma cultura que coloca a família em primeiro lugar, pois esses estudantes, muitas vezes, deixam a escola para ajudar a sustentar suas famílias (U. S. Department of Education, 1992).

Estudantes em lares de pais solteiros ou de segundo casamento - até mesmo naqueles relativamente afluentes - tendem mais a abandonar os estudos do que estudantes que vivem com ambos os pais (Finn e Rock, 1997; Zimiles e Lee, 1991). Mudanças freqüentes podem contribuir para os efeitos da instabilidade da família. Mudar de escola pode reduzir o capital social de uma família. As famílias que se mudam bastante geralmente possuem conexões sociais mais fracas, sabem menos sobre a escola dos filhos e são menos capazes de tomar decisões sábias em relação ao ensino (Teachman, Paasch e Carver, 1996).

Talvez o fator mais importante para determinar se um estudante irá terminar os estudos seja o *envolvimento ativo*: o quanto o estudante está ativamente envolvido no aprendizado. No nível mais básico, envolvimento ativo significa chegar à escola pontualmente, estar preparado, ouvir e responder ao professor e obedecer às regras da escola. Um segundo nível de envolvimento consiste em se envolver com o conteúdo acadêmico - fazendo perguntas, tomando a iniciativa de buscar ajuda quando necessário ou fazer projetos extras. Ambos os níveis de envolvimento ativo tendem a compensar em termos de desempenho escolar de estudantes em risco. Em uma amostra de representação nacional de 1.803 estudantes afro-americanos e hispânicos de baixa renda, o envolvimento ativo era a principal distinção entre os que concluíam o ensino médio no tempo normal, obtinham notas razoavelmente boas e saíam-se relativamente bem em testes de desempenho daqueles que não o faziam (Finn e Rock, 1997).

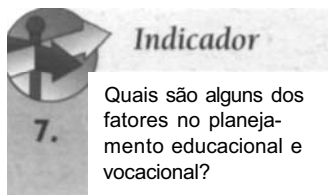
Que fatores promovem o envolvimento ativo? O encorajamento da família é, sem dúvida, um deles. Outros podem ser o pequeno tamanho da turma e um ambiente escolar afetivo e favorável. Como os padrões de comportamento envolvido ou alienado tendem a se estabelecer precocemente na história escolar de uma criança, a prevenção de evasão deve também ser iniciada cedo (Finn e Rock, 1997).

Planejamento Educacional e Vocacional

Como os jovens desenvolvem objetivos profissionais? Como decidem ingressar ou não no ensino superior e, em caso negativo, como entram no mundo do trabalho? Muitos fatores estão envolvidos, entre eles, a capacidade e a personalidade individual, a educação, a condição socioeconômica e a étnica, o aconselhamento de orientadores educacionais, as

Pense sobre isso...

- Como podem os pais, os educadores e as instituições sociais estimular os jovens a concluírem o ensino médio?



experiências de vida e os valores da sociedade. Vamos examinar algumas das influências sobre as aspirações educacionais e vocacionais. Depois, examinaremos o que acontece com os jovens que não ingressam no ensino superior.

Influências sobre as Aspirações dos Estudantes

As crenças na auto-eficácia dos estudantes - sua confiança em suas perspectivas educacionais e vocacionais - formam as opções ocupacionais que eles consideram e o modo como se preparam para a profissão (Bandura et al., 1996). As aspirações parentais e o apoio financeiro, muitas vezes, influenciam os planos dos jovens. Na verdade, o encorajamento dos pais prediz alta ambição escolar melhor do que a classe social (Smith, 1981).

A despeito da maior flexibilidade nas metas profissionais na atualidade, o gênero - e a estereotipia de gênero - costumam influenciar a escolha da profissão. Entrevistas com estudantes de 3 a 18 anos em uma escola particular urbana mista na Austrália revelaram que, exceto entre as crianças mais jovens, os meninos tinham idéias mais restritivas do que as meninas em torno das ocupações adequadas a cada sexo. Os meninos sabiam mais sobre as exigências para ocupações tradicionalmente masculinas, e as meninas, sobre aquelas tradicionalmente femininas. Na adolescência, os rapazes geralmente achavam os programas vocacionais escolares úteis, ao passo que as moças não (McMahon e Patton, 1997).

Um relatório de 1992 da Fundação Educacional da Associação Americana de Estudantes Universitárias constatou que as escolas prejudicam as mulheres, afastando-as das ciências e da matemática e conduzindo-as a interesses de gênero tipificados. Até mesmo moças que se saíam bem em ciências e matemática eram menos inclinadas do que os rapazes a escolher carreiras nessas áreas. Seis anos depois, um estudo de acompanhamento (AAUW Educational Foundation, 1998a, 1998b) constatou que as moças estavam estudando mais ciências e matemática do que antes e saindo-se melhor nessas disciplinas. Segundo o Centro Nacional de Estatísticas de Educação (1997), formando do ensino médio de ambos os sexos são igualmente capazes de planejar carreiras em matemática ou em ciências, mas os rapazes são muito mais inclinados a desejar cursar engenharia. Menos mulheres do que homens estudam física e ciências da computação, mas mais mulheres estudam química. Na educação vocacional e nos programas de orientação ou conhecimento profissional, as moças agrupam-se em ocupações tradicionalmente femininas. Por outro lado, os rapazes assistem a menos aulas de inglês e possuem menos habilidades de comunicação (AAUW Educational Foundation, 1998b; NCES, 1998a; Weinman, 1998).

O próprio sistema educacional pode atuar como um freio sutil nas aspirações vocacionais de alguns alunos. A relativamente estreita gama de capacidades valorizadas e cultivadas em muitas escolas oferece a alguns estudantes uma posição vantajosa. Os estudantes que têm capacidade de memorização e de análise tendem a se sair bem em testes de inteligência que dependem dessas habilidades e em salas de aula onde o ensino é adaptado a essas capacidades. Assim, como previsto pelos testes, esses alunos são bem-sucedidos em um sistema que enfatiza as capacidades nas quais eles casualmente sobressaem. Enquanto isso, estudantes cuja força está no pensamento criativo ou no prático - áreas críticas para o êxito em alguns campos - nunca têm chance de mostrar o que sabem fazer. Esses jovens podem ser excluídos de caminhos profissionais ou forçados a assumir outros menos desafiadores e compensadores em função de resultados em testes e de notas baixas demais para colocá-los a caminho do êxito (Sternberg, 1997). O reconhecimento de uma gama mais ampla de "inteligências" (ver Capítulo 9), aliado a um ensino mais flexível e a uma orientação profissional em todos os níveis, poderia permitir que mais estudantes recebessem a educação necessária e ingressassem nas ocupações que desejam e fizessem as contribuições das quais são capazes.

Orientação para Estudantes que não Ingressarão no Ensino Superior

Cerca de 33% dos estudantes que concluem o ensino médio nos Estados Unidos não ingressam imediatamente no ensino superior, e cerca de 23% se matriculam em faculdades comunitárias de dois anos (NCES, 1999). Entretanto, a maioria da orientação vocacional oferecida nas escolas de ensino médio é orientada para jovens que ingressarão na universidade.

A maioria dos outros países industrializados oferece algum tipo de orientação estruturada para estudantes que não pretendem ingressar no ensino superior. A Alemanha, por exemplo, possui um sistema de estágios, em que os alunos do ensino médio frequentam a escola em meio turno e passam o resto do tempo fazendo treinamento profissional remunerado supervisionado por um empregador-mentor. Cerca de 60% dos estudantes de ensino médio alemães tiram proveito desse programa todos os anos, e 85% dos que o concluem conseguem emprego (Hopfensperger, 1996).

Nos Estados Unidos, os programas de treinamento vocacional que existem são menos abrangentes e menos intimamente ligados às necessidades comerciais e industriais. A maioria dos jovens recebe o treinamento necessário no emprego ou em cursos universitário comunitários. Muitos deles, desinformados sobre o mercado de trabalho, não obtêm os instrumentos de que necessitam. Outros assumem cargos que estão aquém de sua capacidade. Alguns não conseguem empregar-se (NRC, 1993a).

Em algumas comunidades, programas de demonstração ajudam na transição da escola para o trabalho. Os mais bem-sucedidos oferecem instrução em habilidades básicas, aconselhamento, apoio de colegas, orientação de mentores, estágios e colocação profissional (NRC, 1993a). Em 1994, o congresso norte-americano aprovou a Lei das Oportunidades de Trabalho para Estudantes, a qual alocou 1,1 bilhão de dólares para ajudar Estados e governos locais a desenvolverem programas de treinamento vocacional.

O planejamento vocacional é um aspecto da busca de identidade de um adolescente. A pergunta "O que farei?" é muito semelhante a "O que serei?". As pessoas que acham que estão fazendo algo digno de fazer, fazendo-o bem, sentem-se bem consigo mesmas. Aquelas que acham que seu trabalho não tem importância - ou que não são boas no que fazem - podem questionar o significado de sua vida. Uma questão fundamental da personalidade na adolescência, que discutiremos no Capítulo 12, é o esforço para definir a si mesmo.

Pense sobre isso...

- Você seria a favor de um programa de estágio como o da Alemanha em seu país? Você acha que isso ajudaria as pessoas a fazerem planos de carreira realistas? Que feitos negativos esse sistema poderia ter?

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Avaliar fatores na realização acadêmica dos adolescentes?
- ✓ Discutir influências no planejamento educacional e vocacional?

Resumo

Adolescência: Uma Transição no Desenvolvimento

Indicador 1. O que é adolescência, quando ela começa e termina e que oportunidades e riscos ela envolve?

- **Adolescência** é a transição da infância para a idade adulta. Seu começo e seu fim não são claramente marcados nas sociedades ocidentais; dura aproximadamente uma década, entre os 11 ou 12 anos e final da segunda década de vida ou início dos 20 anos. As definições legais, sociológicas e psicológicas do ingresso na idade adulta variam. Em algumas culturas não-ocidentais, a chegada à "maioridade" é sinalizada por rituais especiais.
- A adolescência está carregada de riscos ao desenvolvimento saudável, assim como de oportunidades de crescimento físico, cognitivo e psicossocial. Padrões de comportamento de risco, como consumo de bebidas alcoólicas, abuso de drogas, atividade sexual, envolvimento em gangues e uso de armas de fogo, tendem a se estabelecer no início da adolescência. Entretanto, cerca de quatro a cada cinco jovens não enfrentam maiores problemas.

DESENVOLVIMENTO FÍSICO

Puberdade: O Fim da Adolescência

Indicador 2. Que mudanças físicas ocorrem nos adolescentes e como essas mudanças os afetam psicologicamente?

- A **puberdade** é desencadeada por mudanças hormonais, que podem afetar o humor e o comportamento. A puberdade leva cerca de quatro anos, tipicamente iniciando-se mais cedo nas

mulheres do que nos homens, e termina quando uma pessoa é capaz de reprodução.

- Durante a puberdade, tanto os rapazes como as moças sofrem um **surto de crescimento adolescente**. Uma **tendência secular** para atingir a altura adulta e a maturidade sexual começou aproximadamente há 100 anos, provavelmente em função de melhorias nos padrões de vida.
- Os **caracteres sexuais primários (os órgãos reprodutivos)** aumentam de tamanho e amadurecem durante a puberdade. Os caracteres sexuais secundários também aparecem.
- Os principais sinais de maturidade sexual são a produção de esperma (para os homens) e a menstruação (para as mulheres). A **espermarca**, a primeira ejaculação de um menino, geralmente ocorre aos 13 anos. A **menarca**, a primeira menstruação, ocorre, em média, entre os 12 e 13 anos nos Estados Unidos.
- Os adolescentes, especialmente do sexo feminino, tendem a ser sensíveis em relação a sua aparência física. As moças que amadurecem cedo tendem a se ajustar com menos facilidade do que os meninos que amadurecem cedo.

Saúde Física e Mental

Indicador 3. Quais são alguns dos riscos e dos problemas de saúde comuns na adolescência?

- Em geral, os anos de adolescência são relativamente saudáveis. Problemas de saúde costumam resultar de pobreza ou de um estilo de vida perigoso. Os adolescentes são menos inclinados do que as crianças mais jovens a receber assistência médica regularmente.

- A maioria dos estudantes do ensino médio, principalmente as moças, não praticam exercícios físicos vigorosos regularmente.
- Muitos adolescentes não dormem o suficiente porque os horários da escola estão fora de sincronia com seu sistema circadiano.
- Três transtornos de alimentação comuns na adolescência são a **obesidade**, a **anorexia nervosa** e a **bulimia nervosa**. Todos podem ter graves efeitos de longo prazo. A anorexia e a bulimia afetam principalmente as mulheres. Os resultados para a bulimia tendem a ser melhores do que para a anorexia.
- O **abuso de substâncias**, que pode levar à **dependência de substâncias**, é hoje menos comum entre os adolescentes do que foi em décadas recentes, apesar de um aumento no uso de drogas durante a maior parte da década de 1990. O uso de drogas costuma estabelecer-se quando os jovens ingressam no segundo ciclo do ensino fundamental. A maconha, o álcool e o tabaco, chamados de **drogas de porta de entrada**, são muito populares entre os adolescentes. Todas envolvem sérios riscos.
- As três principais causas de morte entre adolescentes são os acidentes, os homicídios e os suicídios. O acesso a armas de fogo é um dos principais fatores para os homicídios e os suicídios.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Aspectos da Maturação Cognitiva

Indicador 4. Como o pensamento dos adolescentes difere do de crianças mais jovens?

- No estágio de **operações formais** de Piaget, as pessoas são capazes de **raciocínio hipotético-dedutivo**. Elas podem pensar em termos de possibilidades, lidar flexivelmente com problemas e testar hipóteses. Uma vez que a experiência desempenha um papel importante para se chegar a esse estágio, nem todas as pessoas tornam-se capazes de operações formais. O desenvolvimento cerebral imaturo dos adolescentes pode permitir que as emoções interfiram no pensamento racional.
- O estágio de operações formais de Piaget não leva em conta desenvolvimentos, como o acúmulo de conhecimento e o saber em campos específicos, o aumento na capacidade de processamento de informações e o desenvolvimento da metacognição. Piaget também deu pouca atenção às diferenças individuais, às variações entre tarefas e ao papel da situação como influência sobre o pensamento.
- Segundo Elkind, os padrões imaturos de pensamento característicos da adolescência incluem encontrar defeitos em figuras

de autoridade, a tendência a discutir, a indecisão, a hipocrisia aparente, a autoconsciência (que ele chama de **público imaginário**) e a suposição de singularidade e de invulnerabilidade (que ele chama de **fábula pessoal**). Entretanto, a pesquisa lançou dúvidas sobre a prevalência especial dos dois últimos padrões durante a adolescência.

Indicador 5. Em que base os adolescentes fazem julgamentos morais?

- Segundo Kohlberg, o julgamento moral enraíza-se no desenvolvimento de um senso de justiça e corre em três grandes níveis: **moralidade pré-convencional**, **moralidade convencional** (ou **moralidade de conformidade ao papel convencional**) e **moralidade pós-convencional** (ou **moralidade dos princípios morais autônomos**).
- A teoria de Kohlberg foi criticada por diversos motivos, entre eles, o fracasso em considerar a influência dos pais. A aplicabilidade do sistema de Kohlberg a mulheres e moças e a pessoas de culturas não-ocidentais foi questionada.

Questões Educacionais e Vocacionais

Indicador 6. Que influências afetam o êxito no ensino médio e por que alguns alunos abandonam os estudos?

- A motivação acadêmica, os estilos parentais, a etnicidade, a condição socioeconômica e a qualidade da escolarização influenciam o desempenho educacional. As crenças de **auto-eficácia** e as atitudes dos pais e dos amigos podem influenciar a motivação para o processo escolar. Famílias pobres cujos filhos se saem bem na escola tendem a ter mais **capital social** do que famílias pobres cujos filhos não se saem tão bem.
- Embora a maioria dos norte-americanos conclua o ensino médio, a taxa de evasão escolar é mais alta entre alunos pobres, hispânicos e negros e entre aqueles que não vivem com ambos os pais. O envolvimento ativo nos estudos é um importante fator para manter os adolescentes na escola.

Indicador 7. Quais são alguns dos fatores no planejamento educacional e vocacional?

- As aspirações educacionais e vocacionais são influenciadas por diversos fatores, entre os quais o encorajamento dos pais e os estereótipos de gênero. Cerca de 33% dos formados no ensino médio não ingressam imediatamente na universidade.
- Trabalhar fora parece ter tanto efeitos negativos como positivos sobre o desenvolvimento educacional, social e ocupacional.

Palavras-Chave

adolescência (440)
puberdade (440)
tendência secular (442)
surto de crescimento adolescente (443)
caracteres sexuais primários (444)
caracteres sexuais secundários (444)
espermarca (445)
menarca (445)
anorexia nervosa (450)

bulimia nervosa (450)
abuso de substâncias (451)
dependência de substâncias (451)
drogas de porta de entrada (453)
operações formais (455)
raciocínio hipotético-dedutivo (456)
público imaginário (458)
fábula pessoal (458)
moralidade pré-convencional (459)

moralidade convencional (ou moralidade de conformidade ao papel convencional) (460)
moralidade pós-convencional (ou moralidade dos princípios morais autônomos) (460)
auto-eficácia (463)
capital social (466)

Capítulo 12

Desenvolvimento Psicossocial na Adolescência



S U M Á R I O

Foco: Jackie Robinson, Lenda do Beisebol

A Busca de Identidade

Erikson: Identidade *versus* Confusão de Identidade
Marcia: Estados de Identidade - Crise e Comprometimento
Diferenças de Gênero na Formação da Identidade
Fatores Étnicos na Formação da Identidade
Elkind: O Sef como Colcha de Retalhos

Sexualidade

Orientação Sexual
Atitudes e Comportamento Sexuais
Comportamento Sexual de Risco
Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)
Gravidez e Maternidade na Adolescência

Relacionamentos com a Família, com os Pares e com a Sociedade Adulta

Rebeldia Adolescente: um Mito?
Como os Adolescentes Usam seu Tempo - e com Quem
Adolescentes e Pais
Adolescentes e Irmãos
Adolescentes e Pares
Adolescentes em Apuros:
Comportamento Anti-social e Delinquência Juvenil

Existe um "Adolescente Universal"?

Este rosto no espelho me olha perguntando "Quem é você? O que você vai ser?". E, zombando, me diz: "Você nem ao menos sabe". Castigado, encolho-me e concordo; depois, por ser ainda jovem, ponho a língua para fora.

Eve Merriam, *Conversation with Myself*, 1964



Jackie Robinson

Foco:

Jackie Robinson, Lenda do Beisebol*

Em 15 de abril de 1947, quando Jack Roosevelt Robinson (Jackie) (1919-1972), então com 28 anos, vestiu o uniforme do Brooklyn Dodgers e entrou no campo de Ebbets, tornou-se o primeiro negro do século XX a jogar beisebol em uma liga profissional. No final de uma primeira temporada espetacular, em que foi chamado de Novato do Ano, o nome de Robinson estava na boca de todos. Dois anos depois, foi eleito como Melhor Jogador de beisebol. Durante seus 10 anos com o Dodgers, o time ganhou seis flâmulas, e Robinson jogou em seis jogos consecutivos da seleção. Depois de se aposentar, venceu, de primeira, a

eleição para o Hall da Fama.

O triunfo de Jackie não foi conquistado com facilidade. Quando o empresário do Dodgers, Branch Rickey, resolveu trazer Robinson da Liga dos Negros, vários jogadores foram contra sua admissão na equipe. Mas as façanhas atléticas de Robinson e sua nobre conduta a despeito de zombarias racistas, das ameaças, das correspondências injuriosas e das tentativas de agressão física conquistaram o respeito do mundo do beisebol. Na década seguinte, a maioria das equipes profissionais incluía atletas negros. O beisebol havia tornado-se "uma das primeiras instituições da sociedade moderna a aceitar negros de forma relativamente imparcial" (Tygiel, 1983).

Por trás da lenda de Jackie Robinson, existe a história de um garoto extremamente talentoso, crescendo em um país em que as oportunidades para jovens negros eram extremamente limitadas. Seu avô tinha sido escravo. O pai de Jackie, um meeiro da Georgia, abandonou a esposa e os cinco filhos quando Jackie tinha apenas 6 meses. Sua mãe, Mallie Robinson, era uma mulher determinada e profundamente religiosa, que imbuiu os filhos de força e de orgulho moral. Com o objetivo de proporcionar-lhes uma boa educação, ela se mudou para Pasadena, na Califórnia. Mas a segregação em Pasadena provou ser quase tão rígida quanto no Extremo Sul.

Jackie Robinson vivia para os esportes. Ele idolatrava seu irmão mais velho, Mack, que ganhou uma medalha de prata nas Olimpíadas de 1936. Na época em que Jackie estava começando o ensino médio, ele já era uma estrela por si mesmo. Jackie também fazia pequenos biscates depois da escola.

Mesmo assim, ele tinha o tempo em suas mãos. Uniu-se a uma gangue de garotos pobres, negros, mexicanos e japoneses que 'fervilhavam' com "um ressentimento crescente por serem privados de algumas das vantagens que os garotos brancos tinham" (J. Robinson, 1995, p. 6). As atividades da gangue

* As fontes de informação sobre a vida de Jackie Robinson foram Falkner (1995), Rampersad (1997), J. Robinson (1995), S. Robinson (1996) e Tygiel (1983, 1997). As referências de página sobre a autobiografia de Robinson são a edição de 1995.

eram graves o suficiente para metê-los em apuros - jogar pedras em automóveis e postes de luz, quebrar vidraças e roubar maçãs de fruteiras. Certa vez, porém, foram encarcerados sob a mira de armas apenas por nadarem no reservatório quando não tinham permissão para frequentar a piscina municipal, que era só para brancos.

Robinson posteriormente refletiu que ele "poderia ter-se tornado um verdadeiro delinquente juvenil" não fosse pela influência de dois homens. Um deles era um mecânico de automóveis, Carl Anderson, que frisava que "não era preciso coragem para seguir a multidão, que a coragem e a inteligência estavam na disposição em ser diferente" (J. Robinson, 1995, p. 6-7). O outro era um jovem pastor negro, Karl Downs, que atraía Robinson e seus amigos para atividades desportivas financiadas pela igreja, ouvia suas preocupações, ajudava-os a arrumar emprego e ajudou-os a construir um centro para jovens - "uma alternativa para não ficarem nas esquinas da cidade" (J. Robinson, 1995, p. 8). Posteriormente, durante seus estudos na UCLA, Robinson serviu como professor primário voluntário na igreja.



adolescência é uma época de oportunidades e de riscos. Os adolescentes estão no limiar do amor, da vida profissional e da participação na sociedade adulta. Mas a adolescência também é uma época em que alguns jovens comportam-se de maneiras que excluem opções e limitam suas possibilidades. Hoje, a pesquisa concentra-se cada vez mais em como ajudar jovens cujos ambientes não são os melhores para evitar perigos que podem impedi-los de realizar seu potencial. O que salvou Jackie Robinson - além da influência de sua mãe indômita e diligente, de seus irmãos mais velhos e de seus mentores adultos - foram seu talento e sua paixão pelos esportes que, em última análise, permitiram-lhe orientar seus impulsos, sua energia, sua audácia e sua rebeldia contra o racismo em uma direção positiva.

No Capítulo 11, examinaremos alguns fatores físicos e cognitivos, como a aparência e o desempenho escolar, que contribuem para o senso de identidade de um adolescente. Neste capítulo, abordaremos os aspectos psicossociais da busca de identidade. Discutiremos como os adolescentes conciliam-se com sua sexualidade. Consideraremos como a individualidade florescente dos adolescentes expressa-se nos relacionamentos com os pais, com os irmãos e com os amigos. Examinaremos as origens do comportamento anti-social e os modos de reduzir os riscos da adolescência. Finalmente, compararemos a visão que os adolescentes têm de si mesmos e de suas vidas ao redor do mundo.

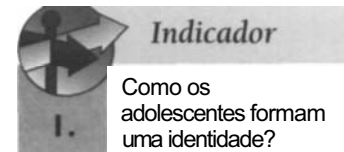
Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. Como os adolescentes formam uma identidade?
2. O que determina a orientação sexual?
3. Que atitudes e práticas sexuais são comuns entre os adolescentes e o que leva alguns adolescentes a praticar o sexo de alto risco?
4. O quão comuns são as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez na adolescência e quais são os desfechos usuais?
5. A "rebeldia adolescente" é algo típico?
6. Como os adolescentes relacionam-se com os pais, com os irmãos e com os amigos?
7. Quais são as causas básicas do comportamento anti-social e da delinquência juvenil e o que pode ser feito para reduzir esses e outros riscos da adolescência?
8. Como a adolescência varia entre as culturas e quais são algumas características comuns?

A Busca de Identidade

A busca de identidade, que Erikson definiu como a confiança em nossa continuidade interior em meio à mudança, entra em foco durante os anos de adolescência. O desenvolvimento cognitivo dos adolescentes agora lhes permite construir uma "teoria do self" (Elkind, 1998). Como salientou Erikson (1950), o esforço do adolescente para compreender sua identidade não é "um tipo de enfermidade do amadurecimento". Ele faz parte de um processo saudável e vital calcado nas realizações dos estágios anteriores - na confiança, na autonomia, na iniciativa e na produtividade - e estabelece as bases para enfrentar as crises da vida adulta.



Erikson: Identidade *versus* Confusão de Identidade

A principal tarefa da adolescência, disse Erikson (1968), é confrontar a crise de **identidade *versus* confusão de identidade** (ou *confusão de papel*), de modo a se tornar um adulto único com um senso de identidade coerente e um papel valorizado na sociedade. A crise de identidade raramente se resolve plenamente na adolescência; questões relativas à identidade aparecem repetidas vezes durante a vida adulta.

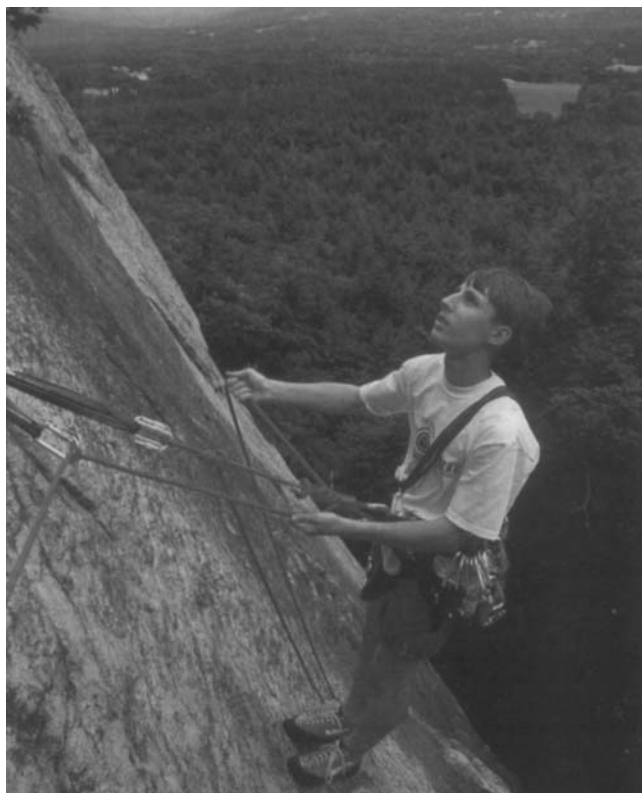
O conceito de crise de identidade de Erikson baseou-se em sua própria vida e em sua pesquisa com adolescentes em diversas sociedades. Criado na Alemanha por uma mãe dinamarquesa e um pai adotivo judeu, Erikson sentira-se confuso sobre sua identidade. Jamais conheceu seu pai biológico, debateu-se antes de se estabelecer em uma profissão e, quando foi para os Estados Unidos, precisou redefinir sua identidade como imigrante. Todas essas questões encontram ressonância nas "crises de identidade" que observou entre adolescentes perturbados, soldados em combates e membros de grupos minoritários (Erikson, 1968, 1973; Friedman, 1999).

Segundo Erikson, os adolescentes não formam sua identidade tomando outras pessoas como modelo, como fazem as crianças mais jovens, e sim modificando e sintetizando identificações anteriores para formar "uma nova estrutura psicológica, maior do que a soma de suas partes" (Kroger, 1993, p. 3) Para formar uma identidade, os adolescentes devem afirmar e organizar suas habilidades, suas necessidades, seus interesses e seus desejos para que possam ser expressados em um contexto social.

Erikson via como principal perigo desta fase a confusão de identidade (ou de papel), a qual pode retardar muito a conquista da maturidade psicológica. (O próprio Erikson não resolveu sua crise de identidade até meados dos 20 anos.) Certo grau de confusão de identidade é normal. Ele explica tanto a natureza aparentemente caótica

identidade *versus* confusão de identidade

Na teoria de Erikson, a quinta crise de desenvolvimento psicossocial, na qual um adolescente procura desenvolver um senso coerente de identidade, incluindo o papel que ele irá desempenhar na sociedade. Também chamada de *identidade versus confusão de papel*.



Enfrentar o desafio de escalar uma montanha pode ajudar este adolescente a avaliar suas capacidades, seus interesses e seus desejos. Segundo Erikson, esse processo de auto-avaliação ajuda os adolescentes a resolver a crise de *identidade versus confusão de identidade*.

de grande parte do comportamento adolescente como a dolorosa autoconsciência dos adolescentes. As "panelinhas" e a intolerância com as diferenças - ambos marcos do ambiente social da adolescência - são defesas contra a confusão de identidade. Os adolescentes também podem demonstrar confusão regredindo à infantilidade para não ter que resolver conflitos ou entregando-se impulsivamente a ações irrefletidas.

A identidade forma-se pela resolução de três questões importantes: a escolha de uma ocupação, a adoção de valores nos quais acreditar e segundo os quais viver e o desenvolvimento de uma identidade sexual satisfatória. Durante a crise da terceira infância, de *produtividade versus inferioridade*, as crianças adquirem as habilidades necessárias para serem bem-sucedidas em sua cultura. Agora, como adolescentes, precisam descobrir modos de utilizar essas habilidades. Quando os jovens têm dificuldade para se fixar em uma identidade ocupacional - ou quando suas oportunidades são artificialmente limitadas, como no caso de Jackie Robinson e de seus amigos - eles têm risco de apresentar comportamento com graves conseqüências negativas, como a atividade criminosa ou a gravidez precoce.

Durante a *moratória psicossocial* - o período de adiamento que a adolescência oferece - muitos jovens procuram formas de se comprometer com fidelidade. Esses comprometimentos dos jovens, tanto ideológicos quanto pessoais, podem moldar a vida de uma pessoa por muitos anos. Os comprometimentos de Jackie Robinson, que foram vitais, eram desenvolver seu potencial atlético e ajudar a melhorar a posição dos negros na sociedade. O grau de fidelidade dos jovens a esses comprometimentos influencia sua capacidade de resolver a crise de identidade. Os adolescentes que resolvem essa crise de maneira satisfatória desenvolvem a "virtude" da *fidelidade*: lealdade, fé ou um sentimento de pertencer a alguém a quem se ama ou a amigos e a companheiros. Fidelidade também pode significar identificação com um conjunto de valores, uma ideologia, uma religião, um movimento político, uma busca criativa ou um grupo étnico (Erikson, 1982). A identificação pessoal aparece quando os jovens escolhem os valores e as pessoas aos quais serão fiéis, em vez de simplesmente aceitarem as escolhas de seus pais.

A fidelidade é uma extensão da confiança. Quando somos bebês, é importante que a confiança nos pais supere a desconfiança; na adolescência, torna-se importante que nós mesmos sejamos dignos de confiança. Além disso, os adolescentes agora estendem sua confiança a mentores ou a entes queridos. Ao partilhar pensamentos e sentimentos, o adolescente esclarece uma possível identidade ao vê-la refletida nos olhos do ser amado. Entretanto, essas "intimidades" são diferentes da intimidade madura, a qual envolve maior comprometimento, sacrifício e conciliação.

A teoria de Erikson descreve o desenvolvimento masculino como norma. Segundo Erikson, um homem não é capaz de verdadeira intimidade antes de ter alcançado uma identidade estável, ao passo que as mulheres definem-se através do casamento e da maternidade (algo que talvez fosse mais verdadeiro na época em que Erikson desenvolveu sua teoria do que na atualidade). Assim, disse Erikson, as mulheres (em contraste com os homens) desenvolvem a identidade *através* da intimidade, e não antes dela. Como veremos, essa orientação masculina da teoria de Erikson foi alvo de críticas. Mesmo assim, o conceito de Erikson de crise de identidade inspirou muitas pesquisas valiosas.

Marcia: Estado de Identidade - Crise e Comprometimento

Kate, Andrea, Nick e Mark estão todos prestes a concluir o ensino médio. Kate avaliou seus interesses e seus talentos e pretende tornar-se engenheira. Restringiu suas opções de estudo superior a três escolas que oferecem bons programas nessa área. Sabe que a faculdade irá confirmar seu interesse por engenharia ou levá-la em outra direção. Está aberta a ambas as possibilidades.

Andrea sabe exatamente o que vai fazer de sua vida. Sua mãe, uma líder sindical em uma fábrica de plásticos, conseguiu um estágio para Andrea na fábrica. Andrea nunca pensou em fazer outra coisa.

Nick, por outro lado, está angustiado em relação ao futuro. Não sabe se entra em uma faculdade comunitária ou se ingressa no exército. Não consegue resolver o que fazer agora ou o que quer fazer no futuro.

Mark ainda não tem idéia do que quer fazer, mas não está preocupado. Imagina que pode conseguir algum emprego - talvez em um supermercado ou em uma lanchonete - e decidir-se sobre o futuro quando estiver pronto.

Esses quatro jovens estão em um processo de formação de identidade. O que explica as diferenças no modo de lidarem com isso e como essas diferenças afetam o resultado? Segundo a pesquisa do psicólogo James E. Marcia, esses estudantes estão em quatro estágios diferentes no desenvolvimento do ego (*self*) ou **estados de identidade**, os quais parecem estar relacionados com certos aspectos da personalidade.

Por meio de entrevistas semi-estruturadas de 30 minutos (ver Tabela 12-1), Marcia constatou quatro tipos de estados de identidade: *conquista de identidade*, *pré-fechamento*, *moratória* e *difusão de identidade*. As quatro categorias diferem de acordo com a presença ou com a ausência de **crise** e **comprometimento**, os dois elementos que Erikson via como cruciais na formação de identidade (ver Tabela 12-2). Marcia define *crise* como um período de tomada consciente de decisões e *comprometimento* como um investimento pessoal em uma ocupação ou em um sistema de crenças (ideologia). Constatou relações entre o estado de identidade e características como ansiedade, auto-estima, julgamento moral e padrões de comportamento. Com base na Teoria de Marcia, outros pesquisadores identificaram outras variáveis de personalidade e de família relacionadas com o estado de identidade (ver Tabela 12-3). A seguir, apresentamos um breve esboço de pessoas em cada um dos quatro estados de identidade:

estados de identidade

Na terminologia de Marcia, são os estados de desenvolvimento do ego que dependem da presença ou da ausência de crise e de comprometimento.

crise

Na terminologia de Marcia, é o período de tomada consciente de decisões relacionado com a formação de identidade.

comprometimento

Na terminologia de Marcia, é o investimento pessoal em uma ocupação ou em um sistema de crenças.

Tabela 12-1 Entrevista para Verificação do Estado de Identidade

Perguntas de Exemplo	Respostas Típicas para os Quatro Estados
Sobre o comprometimento ocupacional "Que disposição você acha que teria em desistir de se algo melhor aparecesse?"	<i>Conquista de identidade.</i> "Bem, eu poderia, mas duvido. Não imagino o que poderia ser 'melhor' para mim". <i>Pré-fechamento.</i> "Não estaria muito disposto. Isso é o que eu sempre quis fazer. O pessoal está feliz com isso e eu também." <i>Moratória.</i> "Eu imagino que, se soubesse com certeza, poderia responder melhor. Teria que ser algo em uma área geral - algo relacionado com..." <i>Difusão de identidade.</i> "Ah, com certeza. Se algo melhor aparecesse, eu mudaria sim".
Sobre o comprometimento ideológico "Você já teve dúvidas quanto a suas crenças religiosas?"	<i>Conquista de identidade.</i> "Sim, eu até comecei a me perguntar se Deus existe. Mas agora isso já está resolvido. Me parece que..." <i>Pré-fechamento.</i> "Não, na verdade não; nossa família está de acordo em relação a essas coisas". <i>Moratória.</i> "Sim, acho que estou passando por isso agora. Não consigo entender como pode existir um Deus e ainda assim tanto mal no mundo ou...". <i>Confusão de identidade.</i> "Ah, não sei. Acho que sim. Todo mundo passa por esse tipo de fase. Mas isso não me preocupa muito. Eu acho que todas as religiões são boas!"

Fonte: Adaptado de Marcia, 1966.

Tabela 12-2 Critérios para os Estados de Identidade

Estado de Identidade	Crise (Período de Consideração das Alternativas)	Comprometimento (Adesão a um Curso de Ação)
Conquista de Identidade	Resolvida	Presente
Pré-fechamento	Ausente	Presente
Moratória	Em crise	Ausente
Confusão de Identidade	Ausente	Ausente

Fonte: Adaptado de Marcia, 1980.

Conquista de identidade

Estado de identidade, descrito por Marcia, caracterizado pelo comprometimento com escolhas feitas após uma crise, período em que se exploram alternativas.

pré-fechamento

Estado de identidade, descrito por Marcia, em que uma pessoa que não dedicou tempo para a consideração de alternativas (ou seja, que não passou por uma crise) está comprometida com os planos de outra pessoa para sua vida.

moratória

Estado de identidade, descrito por Marcia, em que uma pessoa está considerando alternativas (em crise) e parece rumar para o comprometimento.

1. **Conquista de identidade** (*crise que leva ao comprometimento*). Kate resolveu sua crise de identidade. Durante o período de crise, ela pensou muito e debateu-se emocionalmente em torno de importantes questões de sua vida. Fez escolhas e expressa forte comprometimento com elas. Seus pais a encorajaram a tomar suas próprias decisões; ouviram as idéias dela e deram suas opiniões sem pressioná-la para adotá-las. Kate reflete, mas não é introspectiva a ponto de ser incapaz de agir. Tem senso de humor, funciona bem sob estresse, é capaz de ter relacionamentos íntimos e agarra-se a seus padrões, embora esteja aberta para novas idéias. A pesquisa em diversas culturas constatou que as pessoas nessa categoria são mais maduras e mais competentes nos relacionamentos do que as pessoas que estão nas outras três categorias (Marcia, 1993).
2. **Pré-fechamento** (*comprometimento sem crise*). Andrea comprometeu-se, não como resultado de crise, o que envolveria questionamento e exploração de possíveis escolhas, mas aceitando os planos de outra pessoa para sua vida. Ela é feliz e confiante, talvez até presunçosa e convencida, e torna-se dogmática quando suas opiniões são questionadas. Tem fortes laços familiares, é obediente e tende a seguir um líder poderoso (como sua mãe), que não aceita divergências.
3. **Moratória** (*crise sem ainda haver comprometimento*). Nick está em crise, lutando com as decisões. É animado, falante, autoconfiante e escrupuloso, mas também ansioso e temeroso. Tem intimidade com a mãe, mas também resiste a sua autoridade. Quer ter uma namorada, mas ainda não de-

Tabela 12-3 Fatores Familiares e de Personalidade Associados a Adolescentes em Quatro Estados de Identidade*

Fator	Conquista de Identidade	Pré-fechamento	Moratória	Difusão de Identidade
Família	Os pais encorajam a autonomia e a ligação com professores; as diferenças são exploradas dentro do contexto de mutualidade.	Os pais envolvem-se excessivamente com seus filhos; as famílias evitam a expressão de diferenças.	Os adolescentes, muitas vezes, são envolvidos em uma luta ambivalente com a autoridade dos pais.	Os pais são liberais na criação dos filhos; mostram rejeição ou ausentam-se para os filhos.
Personalidade	Níveis elevados de desenvolvimento do ego, julgamento moral, do controle localizado internamente, de segurança própria, da auto-estima, de desempenho sob estresse e de intimidade.	Níveis mais elevados de autoritarismo e pensamento estereotipado, obediência à autoridade, controle localizado externamente, relacionamentos dependentes, baixos níveis de ansiedade.	Muito ansioso e receoso do êxito; níveis elevados de desenvolvimento do ego, de julgamento moral e de auto-estima.	Resultados mistos, com níveis baixos de desenvolvimento do ego, de julgamento moral, de complexidade cognitiva e de segurança própria; fraca capacidade de cooperação.

* Estas associações são provenientes de diversos estudos isolados. Como todos os estudos foram correlacionais, e não longitudinais, é impossível afirmar que um fator levou à colocação em qualquer estado de identidade.

Fonte: Kroger, 1993.

envolveu um relacionamento mais íntimo. É provável que eventualmente saia da crise com a capacidade de se comprometer e de conquistar sua identidade.

4. **Difusão de identidade** (*nenhum comprometimento, nenhuma crise*). Mark não pensou seriamente nas opções e evitou comprometimentos. Está incerto a seu próprio respeito e tende a não cooperar. Seus pais não discutem seu futuro com ele; dizem que compete a ele decidir. Algumas pessoas nessa categoria tornam-se errantes sem objetivos. Tendem a ser infelizes e, muitas vezes, são solitárias, porque têm apenas relacionamentos superficiais.

Essas categorias, evidentemente, não são permanentes; podem mudar à medida que as pessoas continuam desenvolvendo-se (Marcia, 1979). A partir do final adolescência, cada vez mais pessoas encontram-se em moratória ou em conquista: procurando ou encontrando sua própria identidade. Ainda assim, muitas pessoas, mesmo quando jovens adultas, continuam em pré-fechamento ou em difusão (Kroger, 1993). Embora as pessoas em pré-fechamento pareçam ter tomado decisões definitivas, isso nem sempre é assim; quando adultos na meia-idade revêem sua vidas, geralmente identificam um caminho do pré-fechamento para a moratória e depois para a conquista da identidade (Kroger e Haslett, 1991).

Diferenças de Gênero na Formação da Identidade

Muitas pesquisas sustentam a concepção de Erikson de que, para as mulheres, a identidade e a intimidade desenvolvem-se juntas. Sem dúvida, as meninas dão mais importância à intimidade do que os meninos, até mesmo nas amizades do ensino fundamental (Blyth e Foster-Clarke, 1987). Entretanto, em vez de tomar esse padrão como uma divergência da norma masculina, alguns pesquisadores o vêem como indicador de uma debilidade na teoria de Erikson, a qual, argumentam eles, baseia-se nos conceitos ocidentais masculinos de individualidade, de autonomia e de competitividade. Segundo Carol Gilligan (1982, 1987a; 1987b; Brown e Gilligan, 1990), o senso de identidade feminino desenvolve-se não tanto através da conquista de uma identidade individual, mas também através do estabelecimento de relacionamentos. Meninas e mulheres, diz Gilligan, julgam a si mesmas conforme sua capacidade de lidar com suas responsabilidades e de cuidar de si mesmas e dos outros. Toda mulher bem-sucedida alcança a identidade mais através da cooperação do que de competição.

Entretanto, alguns estudiosos do desenvolvimento começaram a questionar o verdadeiro grau de diferença entre homens e mulheres no caminho rumo à identidade - principalmente na atualidade - e sugerir que as diferenças individuais podem ser mais importantes do que as diferenças entre os sexos (Archer, 1993; Marcia, 1993). Com efeito, Mareia (1993) argumenta que os relacionamentos e a tensão existente entre independência e vinculação estão no cerne de todos os estágios psicossociais de Erikson, *tanto* para homens *como* para mulheres.

Durante a adolescência, a auto-estima desenvolve-se principalmente no contexto dos relacionamentos com os amigos, especialmente os de mesmo sexo. Em consonância com o enfoque de Gilligan, a auto-estima masculina parece estar ligada ao esforço por realização individual, ao passo que a auto-estima feminina depende mais dos vínculos com os outros. Em um estudo longitudinal, 84 jovens adultos de diversas condições socioeconômicas, em sua maioria brancos, cuja auto-estima havia sido avaliada aos 14 e 18 anos, descreveram recordações sobre experiências importantes com outras pessoas. Os homens que tinham apresentado boa auto-estima durante a adolescência tendiam a se lembrar de que queriam se afirmar com amigos do sexo masculino, ao passo que as mulheres que tinham apresentado boa auto-estima recordavam-se de seus esforços para ajudar amigas - esforços que envolviam afirmarem-se de maneira mais cooperativa do que competitiva (Thorne e Michaelieu, 1996).

Algumas pesquisas sugerem que as adolescentes do sexo feminino possuem menos auto-estima do que os do sexo masculino (Chubb, Fertman e Ross, 1997). Estudos amplamente divulgados durante o início dos anos de 1990 constataram que a autoconfiança e a auto-estima permaneciam bastante altas até os 11 ou 12 anos e depois tendiam a diminuir (American Association of University Women [AAUW] Educational Foundation, 1992; Brown e Gilligan, 1990) - notícias que, como sugerem ou-

difusão de identidade

Estado de identidade, descrito por Mareia, que se caracteriza pela ausência de comprometimento e pela séria consideração de alternativas.

Pense sobre isso . . .

- Baseado nos critérios apresentados no texto, em qual dos estados de identidade de Mareia você acha que se encaixa como adolescente? Seu estado de identidade mudou desde então? De que forma?

Pense sobre isso...

- As descobertas de que as mulheres adolescentes perdem auto-estima lhe parecem verdadeiras, de acordo com sua experiência? O que, em sua opinião, poderia explicar as descobertas conflitantes nessa questão?



O desenvolvimento de identidade pode ser especialmente complicado para jovens de grupos minoritários. A etnicidade - e os conflitos com a cultura dominante que ela envolve - pode desempenhar um papel central no autoconceito desses jovens.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Relacionar as três principais questões envolvidas na formação de identidade, segundo Erikson?
- ✓ Descrever os quatro tipos de estados de identidade identificados por Marcia?
- ✓ Discutir como o gênero e a etnicidade podem influenciar a formação de identidade?

tros autores, podem ter servido como uma profecia autodeterminada (ver Capítulo 9). Uma recente análise de centenas de estudos envolvendo quase 150 mil entrevistados concluiu que os meninos e os homens realmente têm mais auto-estima do que as meninas e as mulheres, especialmente ao final da adolescência, mas a diferença é pequena. Em oposição à descoberta anterior, tanto os homens como as mulheres parecem melhorar sua auto-estima com a idade (Kling, Hyde, Showers e Buswell, 1999).

Fatores Étnicos na Formação da Identidade

O que acontece com a identidade dos jovens quando os valores de sua própria comunidade étnica entram em conflito com os valores da sociedade mais ampla - por exemplo, quando indígenas norte-americanos devem participar de uma cerimônia tribal em um dia em que devem também estar na escola? Ou quando os jovens enfrentam e possivelmente internalizam (incluem em seu próprio sistema de valores) preconceitos contra seu grupo étnico? Ou quando a discriminação limita suas opções ocupacionais, como ocorreu com o irmão de Jackie Robinson, Mack, que, depois de brilhar nas Olimpíadas, só teve empregos subalternos? Todas essas situações podem levar à confusão de identidade.

A formação de identidade é especialmente complicada para jovens de grupos minoritários. Na verdade, para alguns adolescentes, a etnicidade pode ser central para a formação de identidade (Phinney, 1993). A cor da pele e outras características físicas, as diferenças de linguagem e a posição social estereotipada podem ser extremamente influentes na formação do autoconceito de adolescentes minoritários (Spencer e Markstrom-Adams, 1990). Em uma época em que os adolescentes querem ajustar-se - quando estão dolorosamente conscientes das diferenças físicas - os adolescentes minoritários não têm alternativa senão se destacar (Spencer e Dornbusch, 1998).

Os adolescentes dispõem de redes sociais mais amplas e maior mobilidade do que crianças mais jovens, além de maior consciência cognitiva das atitudes e das distinções culturais. Presos entre duas culturas, muitos jovens pertencentes a minorias estão profundamente conscientes dos conflitos entre os valores enfatizados em casa e aqueles que são dominantes na sociedade mais ampla. A despeito das avaliações positivas de pais, de professores, da comunidade e dos amigos, as percepções que os adolescentes minoritários têm de si mesmos podem refletir visões negativas de seu grupo por parte da cultura majoritária. Diante da carência de modelos negros bem-sucedidos, os jovens afro-americanos de zonas urbanas pobres que "agem como brancos" podem ser rejeitados tanto por amigos brancos como por negros. Muitos adolescentes de origem asiática têm mais facilidade de assimilação, mas isso significa subscrever a valores como autonomia, que podem entrar em conflito com o desejo dos pais de manter as tradições de coesão familiar e de obediência à autoridade (Spencer e Dornbusch, 1998).

Pesquisas utilizando as medidas de estado da identidade desenvolvidas por Marcia (1966) demonstraram um número desproporcionalmente alto de adolescentes minoritários no estado de pré-fechamento (Spencer e Markstrom-Adams, 1990). Contudo, para eles, essa etapa pode ser adaptativa. Por exemplo, os adolescentes latinos que vivem em comunidades predominantemente latinas podem encontrar reconhecimento social, força e um forte senso de identidade seguindo os costumes e os valores de sua cultura.

Elkind: O Self como Colcha de Retalhos

Como Erikson e Marcia observaram, nem todo mundo desenvolve um forte senso de identidade durante ou depois da adolescência. Como isso se explica?

Segundo Elkind (1998), existem duas formas de desenvolver a identidade. A primeira, e mais saudável, é um processo de *diferenciação* e de *integração*: tornar-se cômico dos muitos aspectos em que se é diferente dos outros e depois integrar essas partes distintas de si mesmo em um todo unificado e único. Esse processo dirigido do interior exige muito tempo e reflexão, mas, quando uma pessoa desenvolve seu senso de identidade dessa forma, é quase impossível de ele se romper.

O segundo caminho, inicialmente mais fácil, é o da *substituição*: substituir, de forma infantil, um conjunto de idéias e de sentimentos a seu próprio respeito por outro simplesmente adotando as atitudes, as crenças e os comprometimentos de outras pessoas como seus. O senso de identidade construído principalmente por substituição é o que Elkind chama de **identidade de colcha de retalhos**, um self construído a partir de pedaços e de partes, muitas vezes, conflitantes. Jovens com identidades "em retalhos" tendem a ter fraca auto-estima. Têm dificuldade para lidar com a liberdade, com a perda ou com o fracasso. Podem ser ansiosos, conformados, zangados, assustados ou autopunitivos. São altamente suscetíveis à influência externa e altamente vulneráveis ao estresse, pois não possuem bússola interior, nenhum senso distintivo de direção para se orientar.

Elkind atribui os aumentos no abuso de drogas, na violência com armas, no comportamento sexual de risco e no suicídio na adolescência (discutidos no Capítulo 19) ao número crescente de jovens que possuem elementos da identidade de colcha de retalhos. Hoje, diz Elkind, com ambos os pais trabalhando (ou apenas um dos pais ou nenhum em casa), com o aceno da cultura de consumo e com a sofisticação sexual que é considerada normal, muitos adolescentes "têm uma prematura pressão da idade adulta sobre si" (1998, p. 7). Carecem de tempo ou de oportunidade para a moratória psicossocial descrita por Erikson - o período protegido de "suspensão" necessário para construir uma identidade estável guiada pelo interior.

Uma criação democrática (discutida posteriormente neste capítulo) pode ajudar. Se os jovens virem seus pais agindo segundo princípios sólidos e arraigados, terão mais chances de desenvolver seus próprios princípios sólidos e arraigados. Se os pais mostrarem aos adolescentes modos efetivos de lidar com o estresse, os jovens tenderão menos a sucumbir às pressões que ameaçam sua identidade de colcha de retalhos.

Identificar-se como um ser sexual, reconhecer a própria orientação sexual, conciliar-se com as excitações sexuais e formar vínculos românticos ou sexuais, tudo isso faz parte da formação da identidade sexual. Essa consciência urgente da sexualidade é um aspecto importante da formação da identidade, influenciando profundamente a auto-imagem e os relacionamentos. Embora esse processo seja conduzido biologicamente, sua expressão é, em parte, culturalmente definida.

Orientação Sexual

Embora presente em crianças mais jovens, é na adolescência que a **orientação sexual** de uma pessoa geralmente torna-se uma questão premente: se aquela pessoa sentirá consistente atração sexual, amorosa e afetiva por pessoas do sexo oposto (**heterossexual**) ou do mesmo sexo (**homossexual**) ou de ambos os sexos (**bissexual**).

É difícil determinar com precisão a incidência da homossexualidade entre os adolescentes. Em um estudo com 38 mil estudantes norte-americanos da 7ª série até o fim do ensino médio, cerca de 88% descreveram-se como predominantemente heterossexuais e apenas 1% como predominantemente homossexuais ou bissexuais. Cerca de 11%, principalmente estudantes mais jovens, não tinham certeza de sua orientação sexual (Remafedi, Resnick, Blum e Harris, 1992).

Embora a homossexualidade já tenha sido considerada uma doença mental, várias décadas de pesquisa não encontraram qualquer associação entre orientação sexual e problemas emocionais ou sociais (American Psychological Association, sem data; Patterson, 1992, 1995a, 1995b). Essas descobertas por fim levaram a classe psiquiátrica a deixar de classificar a homossexualidade como uma doença mental. A edição de 1994 do *Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais* da Associação Psiquiátrica Americana não contém qualquer referência a ela. Outras explicações comuns para a homossexualidade - todas as quais destituídas de suporte científico convincente - apontam para relacionamentos perturbados com os pais, para o encorajamento parental a comportamentos pouco convencionais em termos

identidade de colcha de retalhos

Na terminologia de Elkind, é o senso de identidade construído pela substituição de suas próprias atitudes, de suas crenças e de seus comprometimentos pelos de outras pessoas.

VERIFICADOR

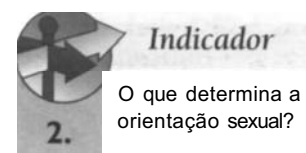
Você é capaz de...

- ✓ Distinguir as duas formas de desenvolvimento da identidade descritas por Elkind e de explicar como ele relaciona o comportamento de risco com a identidade de colcha de retalhos?

Pense sobre isso...

- Que semelhanças e diferenças você identifica entre a descrição do desenvolvimento de identidade feita por Elkind e as empreendidas por Erikson e Marcia?

Sexualidade



orientação sexual

Foco de interesse sexual, amoroso ou afetivo consistente, heterossexual, homossexual bissexual.

heterossexual

Descreve uma pessoa cuja orientação sexual dirige-se ao sexo oposto.

homossexual

Descreve uma pessoa cuja orientação sexual dirige-se ao mesmo sexo.

bissexual

Descreve uma pessoa cuja orientação sexual dirige-se tanto a pessoas de mesmo sexo como do sexo oposto.

de gênero, para a imitação de pais homossexuais ou para o aprendizado casual através de sedução por um homossexual. Muitos jovens têm uma ou diversas experiências homossexuais enquanto estão crescendo, geralmente antes dos 15 anos. Entretanto, experiências isoladas (ou inclusive atrações ou fantasias homossexuais) não determinam a orientação sexual.

Segundo uma teoria, a orientação sexual pode ser influenciada por um complexo processo pré-natal envolvendo tanto fatores hormonais como neurológicos (Ellis e Ames, 1987). Se os níveis de hormônios sexuais de um feto de qualquer sexo entre o segundo e quinto mês de gestação estiverem na típica faixa feminina, a pessoa tende a sentir atração por homens após a puberdade. Se os níveis hormonais estiverem na faixa masculina, a pessoa tende a sentir atração por mulheres. Ainda não se sabe se e como a atividade hormonal pode afetar o desenvolvimento do cérebro e se e como as diferenças na estrutura cerebral podem afetar a orientação sexual (Golombok e Tasker, 1996), mas foi descrita uma diferença anatômica entre homens homossexuais e heterossexuais em uma área do cérebro que rege o comportamento sexual (LeVay, 1991).

Também existem evidências de que a orientação sexual pode, ao menos em parte, ser genética. Um gêmeo idêntico de um homossexual tem aproximadamente 50% de probabilidade de ser também homossexual, ao passo que um gêmeo fraterno tem apenas cerca de 20% de probabilidade e um irmão adotado 10% ou menos (Gladue, 1994). Diversos estudos relacionaram a homossexualidade masculina a uma pequena região do cromossoma X herdado da mãe (Hamer, Hu, Magnuson, Hu e Pattatucci, 1993, Hu et al., 1995). Contudo, pesquisas posteriores não conseguiram replicar essa descoberta (Rice, Anderson, Risch e Ebers, 1999).

Permanece a controvérsia quanto ao fato de se a orientação sexual se forma decisivamente ou não antes do nascimento ou em tenra idade. Também existe discordância quanto às contribuições das influências biológica, psicológica e social (Baumrind, 1995; Patterson, 1995b). Talvez essas influências sejam "impossíveis de desemaranhar", e sua força relativa pode diferir entre os indivíduos (Baumrind, 1995, p. 132).

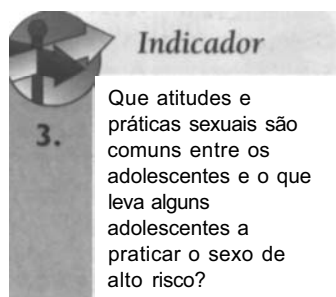
Atitudes e Comportamento Sexuais

É difícil fazer pesquisa sobre expressão sexual. As pessoas dispostas a responder perguntas sobre sexo tendem a ser sexualmente ativas e liberais em suas atitudes para com o sexo; portanto, não são representativas da população. Além disso, frequentemente existe uma discrepância entre o que as pessoas dizem sobre sexo e o que fazem, e não há forma de corroborar o que as pessoas dizem. Algumas podem ocultar a atividade sexual; outras podem exagerar. Os problemas multiplicam-se ao pesquisar pessoas jovens. Em primeiro lugar, muitas vezes, é necessário o consentimento dos pais, e os pais que dão permissão podem não ser típicos. A metodologia pode fazer diferença: meninos adolescentes são mais abertos para relatar certos tipos de atividade sexual quando as pesquisas são auto-administradas utilizando-se um computador (Turner et al., 1998). Mesmo assim, mesmo se não pudermos generalizar as descobertas para a população em geral, dentro dos grupos que participam das pesquisas podemos identificar tendências que revelam mudanças nos costumes sexuais.

Como as atitudes em relação ao sexo e o comportamento sexual mudaram nas últimas décadas?

Do início da década de 1920 até o final da década de 1970 houve uma evolução nas atitudes e no comportamento sexual. Essa evolução sexual trouxe uma maior aceitação e tolerância com o sexo antes do casamento, especialmente como parte de um relacionamento de comprometimento, juntamente com um declínio no *padrão duplo*: o código que concede aos homens maior liberdade sexual do que às mulheres. Um motivo para essa mudança é a tendência secular de amadurecimento sexual precoce (ver Capítulo 11), aliada à tendência da sociedade para o casamento mais tardio (ver Capítulo 14).

Em 1965, em uma grande universidade do sul dos Estados Unidos, 33% dos alunos e 70% das alunas consideravam imoral fazer sexo antes do casamento. Em 1985, so-



mente cerca de 16% dos homens e 17% das mulheres pensavam assim (Robinson, Ziss, Ganza, Katz e Robinson, 1991). As taxas de atividade sexual antes do casamento aumentaram na mesma proporção, principalmente entre as mulheres. No final dos anos de 1950, uma a cada quatro moças tinham tido experiência sexual antes dos 18 anos. Hoje mais do que uma a cada duas moças e quase três a cada quatro rapazes tiveram relações sexuais antes dessa idade. Uma moça mediana tem hoje sua iniciação sexual aos 17 anos, apenas um ano depois de um rapaz mediano (Alan Guttmacher Institute [AGI], 1994; American Academy of Pediatrics [AAP] Committee on Adolescence, 1999; Children's Defense Fund, 1997a, 1998; ver Figura 12-1).

Mas o duplo padrão não está morto. Em uma pesquisa telefônica com 500 estudantes do ensino médio, mais rapazes disseram que sexo era prazeroso e que se sentiam bem em relação a suas experiências sexuais, ao passo que mais moças disseram que estavam apaixonadas por seu último parceiro sexual e que deveriam ter esperado até serem mais velhas para fazer sexo (Lewin, 1994).

A onda de liberação sexual pode estar recuando. Após um aumento constante desde os anos de 1970, dois levantamentos governamentais constataram um decréscimo entre 1990 e 1995 na proporção de adolescentes de 15 a 19 anos que dizem ser sexualmente ativos. Entre as moças, o percentual que tiveram relações caiu de 55 para 50% (Abma, Chandra, Mosher, Peterson e Piccinino, 1997), e entre rapazes que nunca se casaram, de 60 para 55% ("Teen sex down", 1997). Uma pesquisa de 1995 com mais de 240 mil calouros de faculdades e de universidades constatou uma aprovação de mais de 43% ao sexo casual, que em 1986 era de 52% (Sax et al., 1996).

A evolução sexual trouxe uma maior aceitação da homossexualidade. Em 1995, 31% de 240.082 calouros universitários em uma grande pesquisa disseram que relações homossexuais deveriam ser proibidas, o que em 1987 era de 53% (Sax et al., 1996). Ainda assim, adolescentes que se identificam abertamente como homossexuais costumam sentir-se isolados em um ambiente hostil e podem ser vítima de preconceito e até de violência (Patterson, 1995b).

Comportamento Sexual de Risco

Duas grandes preocupações em relação à atividade sexual de adolescentes são os riscos de contrair **doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)** - doenças transmitidas por contato sexual - e de gravidez. (Esses dois tópicos são discutidos em seções subsequen-



As atitudes para com a sexualidade tornaram-se mais liberais durante os últimos 50 anos. Essa "evolução sexual" inclui maior aceitação aberta da atividade sexual e um declínio no duplo padrão segundo o qual os homens são sexualmente mais livres do que as mulheres.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de...

- ✓ Discutir as teorias e as pesquisas sobre as origens da orientação sexual?
- ✓ Descrever tendências nas atitudes e nas atividades sexuais entre os adolescentes?

doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)

Doenças transmitidas por contato sexual.

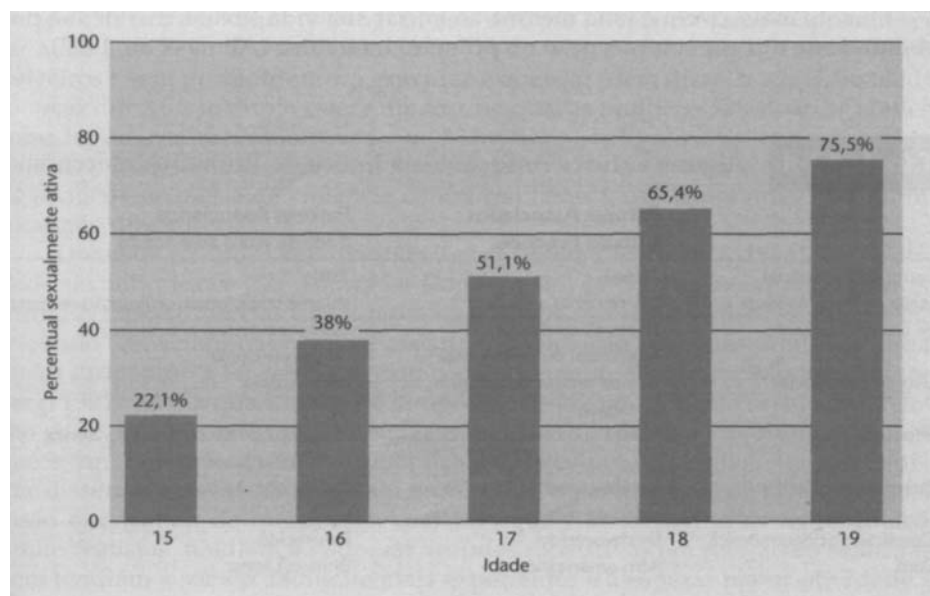


Figura 12-1

Percentual de moças que tiveram intercurso depois da menarca, por idade, 1995. Mais de 50% das moças tornam-se sexualmente ativas antes dos 17 anos.

(Fonte: Baseado em dados de Abma et al., 1997.)

tes.) Os mais ameaçados são os adolescentes que começam a ter atividade sexual cedo, que têm múltiplos parceiros, que não usam preservativos ou que possuem informações insuficientes - ou errôneas - sobre sexo.

Atividade Sexual Precoce

Vários fatores - incluindo o ingresso precoce na puberdade, a pobreza, o mau desempenho escolar, a ausência de metas acadêmicas e profissionais, história de abuso sexual ou de negligência parental e padrões culturais ou familiares de experiência sexual precoce - influenciam a probabilidade de atividade sexual precoce (AAP Committee on Adolescence, 1999; Kroger, 1993; ver Tabela 12-4).

Uma das influências mais fortes é a percepção que os adolescentes têm das normas do grupo de amigos. Entre 1.389 estudantes de 6ª série de escolas públicas na Filadélfia, o melhor preditor de que jovens começariam suas atividades sexuais ao final do ano escolar era a intenção de fazê-lo, e essa intenção era mais fortemente influenciada pela crença de que a maioria dos amigos já tinha tido relações sexuais (Kinsman, Romer, Furstenberg e Schwarz, 1998).

As moças (e, em menor grau, os rapazes), muitas vezes, se sentem pressionadas a se entregar a atividades para as quais não se sentem preparadas. A pressão social era o principal motivo mencionado por 73% das moças e 50% dos rapazes na pesquisa de Harris quando indagados sobre os motivos para não esperar para fazer sexo quando tivessem mais idade (Louis Harris e Associates, 1986). Algumas moças que começam a ter relações sexuais precocemente são coagidas a isso por homens mais velhos (AGI, 1994; Children's Defense Fund, 1998). Dezesesseis por cento das mulheres cuja primeira relação ocorreu antes dos 16 anos e 22% daquelas cuja primeira experiência foi antes dos 15 anos informaram que ela não foi voluntária (Abma et al., 1997).

Uso de Contraceptivos

A melhor garantia para adolescentes sexualmente ativos é o uso regular de preservativos, os quais oferecem alguma proteção contra DSTs e contra a gravidez. O uso de preservativos aumentou drasticamente em anos recentes, provavelmente devido às campanhas educacionais de prevenção à AIDS. Cerca de três quartos das moças e das mulheres que iniciaram atividade sexual voluntária antes do casamento entre 1990 e 1995 disseram que utilizaram algum tipo de proteção na primeira vez que fizeram sexo. Mais da metade (54%) informaram que seus parceiros utilizaram contraceptivos, comparado com apenas 18% das mulheres cuja primeira experiência sexual foi antes de 1980 (Abma et al., 1997).

Quanto mais jovem é uma menina ao iniciar sua vida sexual, menor sua probabilidade de utilizar contracepção no primeiro intercuro (Abma et al., 1997).

Tabela 12-4 Alguns Fatores Associados à Época de Primeiro Intercuro

	Fatores Associados à Idade Precoce	Fatores Associados à Idade mais Avançada
Época da Puberdade	Cedo	Tarde
Estilo de Personalidade e de Comportamento	Corre riscos, impulsiva Sintomas de depressão Anti-social ou delinqüente	Valores tradicionais, orientação religiosa Comportamento pró-social ou convencional
Uso de Substâncias	Uso de drogas, de álcool e de tabaco	Não-usuário
Educação	Menos anos de escolarização	Mais anos de escolarização; valoriza realizações acadêmicas
Estrutura familiar	Família constituídas só de pai ou só de mãe	Família com ambos os pais
Condição socioeconômica	Desfavorecido	Favorecido
Etnia	Afro-americano	Branco, Latino

Os adolescentes que não utilizam contraceptivos ou que os utilizam irregular ou incorretamente tendem a estar na faixa dos 15 anos. São relativamente inexperientes com sexo, ignorantes a seu respeito e envergonhados de praticá-lo e geralmente não estão em um relacionamento comprometido. Tendem a ter poucas aspirações educacionais e profissionais, a não ser participar de esportes ou de outras atividades e a utilizar álcool ou drogas (AGI, 1994; Louis Harris e Associates, 1986; Luster e Small, 1994; Miller e Moore, 1990).

Muitos adolescentes com múltiplos parceiros sexuais não utilizam proteção confiável. Quase um quinto dos alunos de ensino médio sexualmente ativos dizem ter tido quatro ou mais parceiros sexuais (AAP Committee on Adolescence, 1999). Adolescentes nesse grupo de alto risco tendem a ter notas baixas, a beber com frequência, a ter pouca supervisão ou apoio dos pais e a ter sofrido abuso por parte dos pais (Luster e Small, 1995).

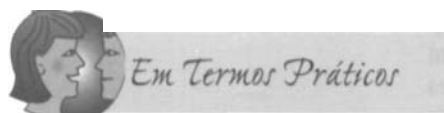
Onde os Adolescentes Obtêm Informações sobre Sexo?

Quanto mais os adolescentes sabem sobre sexo, mais responsáveis tendem a ser a esse respeito, e os adolescentes de hoje tendem a saber mais sobre sexo do que seus predecessores. Em 1995, cerca de 96% dos estudantes de 18 e 19 anos de idade (comparado com apenas 80% dos de 25 a 29 anos e 65% dos de 35 a 39 anos) informaram ter tido orientação sexual formal. Essa orientação normalmente abordava os métodos de controle de natalidade, as doenças sexualmente transmissíveis, o sexo seguro para prevenção de infecção por HIV e como dizer não ao sexo (Abma et al., 1997). Isso é importante porque os adolescentes que são bem-informados sobre sexo são mais propensos a utilizar contraceptivos e a utilizá-los regularmente (Ku, Sonenstein e Pleck, 1992; Louis Harris e Associates, 1986; Luster e Small, 1994). Também são mais propensos a adiar a intimidade sexual - o método mais eficaz de controle de natalidade (Conger, 1988; Jallow, 1982). Adolescentes que podem procurar os pais ou outros adultos com perguntas sobre sexo e aqueles que recebem educação sexual de programas escolares ou comunitários têm mais chances de evitar a gravidez e outros riscos associados à atividade sexual (ver Quadro 12-1).

Infelizmente, quase 4 de cada 10 adolescentes recebem sua educação sexual dos meios de comunicação (Princeton Survey Research Associates, 1996), os quais apresentam uma visão distorcida da atividade sexual, associando-a à diversão, à excitação, à competição, ao perigo ou à violência e, raramente, mostrando os riscos de relações sexuais desprotegidas (AAP Committee on Communications, 1995b).

Não é de surpreender, portanto, que adolescentes que obtêm informações sobre sexo da televisão e que carecem de sistemas de valor bem formados, de capacidade crítica para julgar os programas e de forte influência familiar podem aceitar a idéia de sexo antes do casamento ou de sexo extraconjugal, com múltiplos parceiros e sem proteção contra gravidez e doença. Além disso, a televisão tende a reforçar um padrão duplo estereotipado, no qual as mulheres, mas não os homens, consideram o casamento importante. Além disso, os filmes e as letras de *rock* tornaram-se cada vez mais sexualmente explícitos; os vídeos musicais estão repletos de imagens sexuais e de violência contra mulheres (AAP Committee on Communications, 1995b).

Diversos estudos sugerem uma ligação entre a influência da mídia e a atividade sexual precoce (Strasburger e Donnerstein, 1999). Por exemplo, o Levantamento Nacional sobre as Crianças constatou que os meninos que assistiam à mais televisão (especialmente os que assistiam à televisão sem suas famílias) tinham maior propensão a ter relações sexuais precocemente (Peterson, Moore e Furstenberg, 1991). Mas a quantidade de tempo que os jovens passam assistindo à televisão pode ser uma influência menos importante do que seu envolvimento com o que vêem. Em uma amostra multiétnica de 314 estudantes universitários, aqueles que disseram que se identificavam muito com os personagens de seriados da televisão que tratam de questões sexuais, ou que consideravam as representações muito realistas, tendiam a endossar atitudes recreativas em relação ao sexo. Também tendiam a ser sexualmente mais experientes e a esperar maior atividade se-

**Quadro 12-1****Prevenindo a Gravidez de Adolescentes**

As taxas de gravidez precoce são muito mais altas nos Estados Unidos do que em outros países industrializados, onde os adolescentes iniciam a atividade sexual tão ou mais cedo do que nos Estados Unidos (AAP Committee on Adolescence, 1999; Children's Defense Fund, 1998).

Os especialistas discordam a respeito das causas da gravidez na adolescência. Alguns observadores apontam fatores como menor estigma em relação a mães solteiras, glorificação do sexo nos meios de comunicação, a ausência de uma mensagem clara de que sexo e paternidade são para adultos, a influência do abuso sexual de crianças e o fracasso dos pais em se comunicar com os filhos. A experiência europeia sugere a importância de dois outros fatores: a educação sexual e o acesso à contracepção (AAP Committee on Adolescence, 1999).

Os países industrializados da Europa há muito tempo oferecem educação sexual universal e abrangente - uma prática mais recente nos Estados Unidos. Programas abrangentes incentivam os adolescentes a retardar o intercuro, mas também procuram aumentar a utilização de contraceptivos entre os adolescentes que são sexualmente ativos. Esses programas incluem educação sobre a sexualidade e a aquisição de habilidades para tomar decisões sexuais de forma responsável e de se comunicar com os parceiros. Informam sobre os riscos e as conseqüências da gravidez na adolescência, sobre métodos de controle de natalidade e sobre onde obter auxílio médico e contraceptivos (AGI, 1994; Kirby, 1997; Stewart, 1994). Os programas dirigidos aos adolescentes do sexo masculino enfatizam a sabedoria de postergar a paternidade e a necessidade de assumir a responsabilidade quando isso acontece (Children's Defense Fund, 1998).

Em oposição a alguns críticos, a educação sexual escolar ou comunitária não leva à maior atividade sexual (Children's Defense Fund, 1998; Eisen e Zellman, 1987). Entretanto, o conteúdo dos programas de educação sexual tornou-se uma questão política. Nos Estados Unidos, a lei federal de reforma da previdência de 1996 financiou um programa em massa de edu-



Ter um filho quando se é adolescente pode ser pior do que simplesmente perder a liberdade. Você pode perder seus sonhos.

FUNDO DE DEFESA DAS CRIANÇAS

Para muitas adolescentes, um dos argumentos mais convincentes contra o comportamento sexual de risco é o perigo de que uma gravidez arruinará suas vidas. As adolescentes aceitam melhor o conselho que advém de outras garotas da mesma idade que a delas.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar e de discutir fatores que aumentam os riscos de atividade sexual?

xual entre os pares do que alunos que se envolviam menos com o que viam na tela (Ward e Rivadeneyra, 1999). Assim, a televisão ajuda a moldar a visão dos jovens do que é normativo e esperado.

Em irônico contraste com as representações claramente irresponsáveis da sexualidade nos programas de televisão, os executivos das redes quase universalmente recusaram-se a exibir comerciais de preservativos, alegando que seriam controversos e ofensivos e poderiam estimular a atividade sexual. Entretanto, não existem indícios para essa última afirmação, e experiências publicitárias em mercados limitados trouxeram principalmente elogios em vez de queixas (AAP Committee on Communications, 1995b).



cação sexual administrado pelos Estados, a ser iniciado em 1998, enfatizando apenas a abstinência, sem autorização para o ensino sobre a contracepção. Alguns especialistas temem que esse programa pode acabar aumentando a ocorrência de gravidez na adolescência por deixarem de ensinar aos jovens formas de preveni-la (Children's Defense Fund, 1997b). Embora os programas de abstinência possam ser adequados para alguns jovens, especialmente os adolescentes mais jovens, não existem evidências suficientes sobre sua eficácia (Kirby, 1997).

Evidentemente, os pais são os primeiros e, com frequência, os melhores professores dos jovens. Os adolescentes cujos pais conversam com eles sobre sexo desde idade precoce, comunicam atitudes saudáveis e prontificam-se a responder a perguntas tendem a esperar mais para iniciar sua atividade sexual (Conger, 1988; Jaslow, 1982). Entretanto, muitos adolescentes sentem-se pouco à vontade para conversar sobre sexo com os pais. Programas que incluem aconselhamento por pares podem ter bons resultados; os adolescentes costumam ouvir os amigos, mas não prestar atenção ao mesmo conselho dado por uma pessoa mais velha (Jay, DuRant, Shoffitt, Linder e Litt, 1984).

Outro fator na prevenção da gravidez é o acesso a serviços de saúde sobre a reprodução ou sexualidade. preservativos são fornecidos gratuitamente aos jovens na Grã-Bretanha, na França, na Suécia e, em muitos casos, na Holanda. A Suécia reduziu em cinco vezes a taxa de gravidez na adolescência após a introdução de educação contraceptiva, o livre acesso a preservativos para jovens e aborto gratuito sob demanda (Bracher e Santow, 1999). Na Suécia, os pais podem não ser informados de que seus filhos procuraram contraceptivos se os adolescentes requisitarem privacidade.

Quando programas semelhantes foram propostos nos Estados Unidos, costumam não ser adotados por se temer que possam parecer estar endossando a atividade sexual entre adolescentes. Entretanto, os adolescentes norte-americanos dizem que serviços de controle gratuitos, prontamente acessíveis (próximos das escolas) e sigilosos são as formas mais eficazes de incentivar a contracepção (Louis Harris e Associates, 1986;

Zabin e Clark, 1983). Muitos adolescentes não freqüentam clínicas públicas de saúde porque temem ser julgados pelos adultos (Children's Defense Fund, 1998).

Fornecer preservativos não é o suficiente. A longo prazo, a prevenção de gravidez adolescente exige atenção a fatores subjacentes que colocam os adolescentes e as famílias em risco: reduzir os problemas da pobreza, do fracasso escolar, comportamentais e familiares e expandir o emprego, o treinamento para a qualificação e a educação para vida familiar (AGI, 1994; Children's Defense Fund, 1998; Kirby, 1997). O Projeto Pré-Escolar Perry e um programa de intervenção para alunos do ensino básico em Seattle (ambos discutidos posteriormente neste capítulo) demonstraram que uma intervenção precoce abrangente pode reduzir a gravidez na adolescência (Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott e Hill, 1999; Schweinhart, Barnes e Weikart, 1993).

Uma vez que as adolescentes que possuem grandes aspirações tendem menos a engravidar, os programas que se concentram em incentivar os jovens a realizar e aumentar sua auto-estima - e que não se atêm apenas à mecânica da contracepção - obtiveram algum êxito (Carrera, 1986). Um programa promissor, *Teen Outreach*, cresceu drasticamente; em 1998, era oferecido a moças e rapazes de 107 escolas em 16 Estados (Children's Defense Fund, 1998). Em 25 locais randomicamente selecionados onde o programa foi oferecido entre 1991 e 1995, as taxas de gravidez adolescente, o fracasso escolar e a suspensão eram menos do que a metade daquelas de um grupo-controle (Allen, Philliber, Herrling e Kuperminc, 1997). O *Teen Outreach* não se concentra explicitamente sobre esses problemas; em vez disso, procura ajudar os adolescentes a tomar decisões, a lidar com as emoções e com os amigos e adultos. O programa inclui um serviço comunitário voluntário vinculado a discussões em sala de aula sobre decisões sobre a vida futura. Ao permitir que os alunos selecionem sua atividade voluntária, o programa auxilia-os a se identificarem como autônomos e competentes. Isso prova que a gravidez na adolescência e o fracasso escolar não são problemas isolados; fazem parte de um quadro de desenvolvimento mais amplo.

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)

Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) são doenças que se transmitem pelo contato sexual. As taxas nos Estados Unidos estão entre as mais altas do mundo industrializado; um a cada quatro norte-americanos tende a contrair uma DST (AGI, 1994).

Um a cada três casos de DSTs ocorre entre adolescentes; quanto mais jovem o adolescente, maior a chance de infecção. Os principais motivos para a disseminação das DSTs entre adolescentes são a atividade sexual precoce, a qual aumenta a probabilidade de ter múltiplos parceiros de alto risco e a não-utilização de preservativos ou a utilização irregular e incorreta. Estima-se que 25% dos jovens podem desenvolver uma DST antes de concluir o ensino médio (AAP Committee on Adolescence, 1994).



Indicador

O quão comuns são as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez na adolescência e quais são os desfechos usuais?

A DST de maior prevalência, segundo algumas estimativas, é o papilomavírus humano, que às vezes produz verrugas nos genitais (AAP Committee on Adolescence, 1994). A seguir vem o herpes simples genital, doença crônica, recorrente, muitas vezes dolorosa e altamente contagiosa causada por um vírus (AGI, 1994). A condição pode ser fatal para uma pessoa com deficiência imunológica ou para um recém-nascido cuja mãe tenha um surto no momento do parto. Não existe cura, mas o medicamento antiviral *aciclovir* pode prevenir surtos ativos. Ambas as enfermidades foram associadas, nas mulheres, à maior incidência de câncer cervical. A DST *curável* mais comum é a clamídia, que provoca infecções no trato urinário, no reto e no colo do útero e pode acarretar, nas mulheres, a doença inflamatória pélvica (DIP), uma grave infecção abdominal. A Tabela 12-5 resume algumas DSTs comuns: suas causas, os sintomas mais frequentes, o tratamento e as conseqüências.

As DSTs têm maior probabilidade de se desenvolverem sem serem detectadas nas mulheres do que nos homens e em adolescentes, se comparados com adultos. Os sintomas podem não aparecer até que a doença tenha evoluído ao ponto de causar graves complicações de longo prazo. Programas que promovem a abstenção ou o adiamento da atividade sexual, responsabilidade na tomada de decisões e pronta disponibilidade de preservativos para aqueles que são sexualmente ativos podem ter algum efeito no controle da disseminação de DST (AAP Committee on Adolescence, 1994; AGI, 1994; Ku et al., 1992).

Embora a AIDS não seja tão prevalente quanto algumas outras DSTs, ela é a sétima causa de morte entre jovens de 15 a 24 anos nos Estados Unidos (Hoyert et al., 1999). A AIDS é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), o qual atinge o sistema imunológico do organismo, deixando os indivíduos afetados vulneráveis a uma série de doenças fatais. O HIV é transmitido através dos líquidos corporais (principalmente sangue e sêmen) e supostamente permanece no corpo pela vida inteira, ainda que o portador possa não apresentar sinais da doença. Os sintomas de AIDS - que incluem fadiga extrema, febre, gânglios linfáticos inchados, emagrecimento, diarreia e suores noturnos - podem não aparecer de 6 meses a até 10 anos ou mais após a infecção inicial. Até o presente, a AIDS é incurável, mas cada vez mais as infecções relacionadas, que matam as pessoas, estão sendo detidas com tratamento antiviral, incluindo inibidores de protease (Palella et al., 1998). Muitas pessoas infectadas pelo HIV vivem normalmente por muitos anos.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar e de descrever as doenças sexualmente transmissíveis mais comuns?
- ✓ Relacionar os fatores de risco para o desenvolvimento de uma DST durante a adolescência e de descrever métodos preventivos efetivos?

Gravidez e Maternidade na Adolescência

Nos Estados Unidos, cerca de 10% das moças de 15 a 19 anos - estima-se que 1 milhão de meninas - engravidam a cada ano, e 80% dessas gestações não foram planejadas. Quem são essas moças? Elas são inexperientes: 50% tiveram seu primeiro intercuro nos últimos seis meses (AGI, 1994; Children's Defense Fund, 1998; Ventura, Mathews e Curtin, 1999). Algumas foram coagidas ou sofreram abuso sexual: quase dois terços tinham parceiros de 21 anos ou mais velhos (AAP Committee on Adolescence, 1999). Moças de baixa renda, aquelas provenientes de famílias disfuncionais, aquelas que apresentam problemas precoces de comportamento ou fracasso escolar e aquelas que já deram à luz são as que mais tendem a engravidar (Children's Defense Fund, 1998).

Mais da metade das adolescentes grávidas têm seus filhos e planejam criá-los sozinhas. Cerca de um terço fazem abortos, e um sétimo perde o bebê (AGI, 1994). Muito poucas disponibilizam os filhos para adoção (AAP Committee on Adolescence, 1999; AGI, 1994; Children's Defense Fund, 1998). Mais de 80% das mães adolescentes são de famílias pobres (AGI, 1994); quando engravidam, as moças de famílias favorecidas tendem a optar pelo aborto.

As taxas de gravidez e de natalidade na adolescência diminuíram durante os anos de 1990, refletindo as tendências de adiamento da atividade sexual e a maior utilização de contraceptivos. A taxa de natalidade para moças de 15 a 19 anos diminuiu 18% de seu ponto máximo em 1991, de cerca de 62 nascimentos a cada mil para 51 em 1998, revertendo parcialmente um aumento de 24% de 1986 para 1991. A taxa de natalidade diminuiu mais drasticamente entre adolescentes negros do que entre brancos, mas moças negras ainda têm duas vezes mais chances de terem filhos do que moças brancas, e as taxas de natalidade entre adolescentes hispânicas são atualmente as mais

Tabela 12-5 Doenças Sexualmente Transmissíveis Comuns

Doença	Causa	Sintomas: Homens	Sintomas: Mulheres	Tratamento	Consequências se não-tratada
Clamídia	Infecção bacteriana	Dor ao urinar, corrimento peniano.	Corrimento vaginal, desconforto abdominal.†	Tetraciclina ou eritromicina.	Pode provocar doença inflamatória pélvica ou posterior esterilidade.
Tricomonas	Infecção parasítica, às vezes, transmitida através de objetos úmidos, como toalhas e trajes de banho	Com frequência ausentes.	Pode ser ausente, ou pode incluir corrimento vaginal, desconforto durante intercurso, odor, dor ao urinar.	Antibiótico oral.	Pode levar a crescimento anormal de células cervicais.
Gonorréia	Infecção bacteriana	Corrimento peniano, dor ao urinar.*	Desconforto ao urinar, corrimento vaginal, menstruação anormal, †	Penicilina ou outros antibióticos.	Pode causar doença pélvica inflamatória ou posterior esterilidade; também pode causar artrite, dermatite e meningite.
HPV (Verruga genital)	Papilomavírus humano	Tumores indolores que geralmente aparecem no pênis, mas podem também aparecer na uretra ou na região retal.*	Tumores pequenos indolores na genitália e no ânus; pode também ocorrer no interior da vagina sem sintomas externos. *	Remoção das verrugas, mas a infecção, muitas vezes, reaparece.	Pode estar associado ao câncer cervical; na gravidez, as verrugas aumentam de tamanho e podem obstruir o canal de parturição.
Herpes	Vírus do herpes simples genital	Bolhas dolorosas em qualquer parte da genitália, geralmente no pênis	Bolhas dolorosas na genitália, às vezes com febre e dor muscular; mulheres com feridas no colo do útero podem não perceber os surtos.*	Sem cura conhecida, mas controlado com antiviral aciclovir.	Possível aumento do risco de câncer cervical.
Hepatite B	Vírus da hepatite B	Pele e olhos ficam amarelados	Pele e olhos ficam amarelados.	Não há tratamento específico; não consumir bebidas alcoólicas.	Pode causar danos ao fígado e hepatite crônica.
Sífilis	Infecção bacteriana	No primeiro estágio, feridas castanho- avermelhadas na boca ou na genitália ou em ambos, as quais podem desaparecer, embora as bactérias permaneçam; no segundo estágio, mais infeccioso, erupção dermatológica generalizada.*	Os mesmos que nos homens.	Penicilina ou outros antibióticos.	Paralisia, convulsões, danos cerebrais e, às vezes, morte.
AIDS (Síndrome de imunodeficiência adquirida)	Vírus da imunodeficiência humana	Fadiga extrema, febre, linfadenopatia, perda de peso, diarreia, suores noturnos, susceptibilidade a outras doenças.*	Os mesmos que nos homens.	Não há cura conhecida; inibidores de protease e outras drogas parecem prolongar a vida.	Morte, geralmente devido a outras doenças. como câncer.

* Pode ser assintomática.

† Com frequência assintomática.



Na Agência de Apoio Infantil em Appleton, Wisconsin, meninas adolescentes tentam acalmar bonecas computadorizadas que choram e protestam como bebês de verdade. O programa visa a dramatizar o significado de se tornar mãe em idade precoce.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir as tendências de gravidez e taxas de natalidade na adolescência?
- ✓ Discutir problemas e resultados da gravidez na adolescência?
- ✓ Identificar formas de prevenir a gravidez na adolescência?

Pense sobre isso ...

- Uma vez que as moças geralmente suportam o ônus de uma gravidez na adolescência, as adolescentes deveriam ser estimuladas a seguir um padrão mais rígido de comportamento sexual do que os rapazes?
- Sob que circunstâncias você acha que cada uma das seguintes opções seria melhor para uma moça adolescente que descobre que está grávida: casar-se com o pai da criança e criá-la, ficar solteira e criar o filho, dar a criança para pais adotivos ou fazer um aborto?

altas de todas. Quase 79% dos nascimentos entre adolescentes ocorrem em moças solteiras (Ventura et al., 1999). A taxa de nascimento para adolescentes solteiros é quase três vezes maior do que no início da década de 1960, quando as moças casavam-se mais jovens (Children's Defense Fund, 1997b, 1998).

As gestações na adolescência, muitas vezes, têm maus resultados. Muitas das mães são empobrecidas e têm baixo nível de instrução, e algumas usam drogas. Muitas não se alimentam corretamente, não ganham peso suficiente e recebem assistência pré-natal inadequada ou nenhuma assistência. Seus bebês tendem a ser prematuros ou perigosamente pequenos e têm maior risco de morte neonatal, de deficiência ou de problemas de saúde (AAP Committee on Adolescence, 1999; Children's Defense Fund, 1998). Os bebês de mães adolescentes mais ricas também estão em risco. Entre mais de 134 mil meninas e de mulheres brancas, em sua maioria de classe média, no Estado de Utah, que tiveram seus primeiros bebês entre 1970 e 1990, aquelas entre 13 e 19 anos tinham maior probabilidade do que as de 20 a 24 anos de terem bebês de baixo peso natal, mesmo quando as mães eram casadas, com bom nível de instrução e recebiam assistência pré-natal adequada. Uma boa assistência pré-natal parece nem sempre poder compensar a desvantagem biológica intrínseca ao fato de nascer de uma menina ainda em crescimento, cujo próprio organismo pode estar competindo com o feto por nutrientes vitais (Fraser, Brockert e Ward, 1995).

As mães adolescentes e suas famílias tendem a enfrentar dificuldades financeiras. Muito embora a paternidade atualmente possa ser claramente determinada através de testes de DNA, as leis de proteção às crianças nem sempre são cumpridas, e os pagamentos por determinação judicial, muitas vezes, são insuficientes. Se os pais também são adolescentes, eles, muitas vezes, possuem mau histórico escolar, elevadas taxas de evasão e limitados recursos financeiros e potencial de renda. Mesmo que queiram envolver-se nas vidas de seus filhos, podem não saber como (AAP Committee on Adolescence, 1999). No passado, muitas mães adolescentes viviam de previdência social, mas as reformas legislativas federais instituídas na previdência social em 1996 limitaram drasticamente esse tipo de assistência. Pais solteiros com menos de 18 anos só têm direito a isso se morarem com os pais e freqüentarem a escola.

Muitas mães adolescentes concluem o ensino médio e obtêm emprego, mas sua imaturidade e falta de habilidade para criar um filho pode prejudicá-lo. No período pré-escolar, os filhos de mães adolescentes são mais propensos do que filhos de mães mais velhas a apresentar atrasos cognitivos, níveis elevados de agressividade e comportamento impulsivo. Na adolescência, eles tendem mais a serem reprovados de ano na escola, a serem delinquentes, a serem presos, a abusar de drogas e a engravidarem (AAP Committee on Adolescence, 1999; Children's Defense Fund, 1998). Entretanto, estes desfechos não são de modo algum universais. Um estudo de mais de 20 anos com

mais de 400 mães adolescentes realizado em Baltimore constatou que dois terços de suas filhas não se tornaram mães adolescentes da mesma forma, e a maioria concluiu o ensino médio (Furstenberg, Levine e Brooks-Gunn, 1990).

Relacionamentos com a Família, com os Pares e com a Sociedade Adulta

A idade torna-se um poderoso agente de ligação na adolescência. Os adolescentes passam mais tempo com os amigos e menos com a família. Entretanto, os valores fundamentais da maioria dos adolescentes (como os de Jackie Robinson) permanecem mais parecidos com os de seus pais do que geralmente se percebe (Offer e Church, 1991). Mesmo quando os adolescentes buscam a companhia e a intimidade com seus pares, procuram nos pais uma "base segura" da qual possam experimentar suas asas (Laursen, 1996).

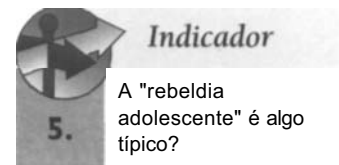
Rebeldia Adolescente: um Mito?

O período da adolescência é chamado de época de **rebeldia adolescente**, envolvendo turbulência emocional, conflito com a família, alienação da sociedade adulta, comportamento imprudente e rejeição dos valores dos adultos. Contudo, pesquisas realizadas com adolescentes nos Estados Unidos e em outros países em todo o mundo sugerem que menos de 20% dos adolescentes - pelo menos entre os que permanecem na escola - se encaixa nesse padrão (Brooks-Gunn, 1988; Offer, 1987; Offer, Ostrov e Howard, 1989; Offer, Ostrov, Howard e Atkinson, 1988; Offer e Schonert-Reichl, 1992).

A idéia de rebeldia adolescente pode ter nascido na primeira teoria formal da adolescência, do psicólogo G. Stanley Hall. Hall (1904/1916) acreditava que os esforços dos jovens para se adaptarem a seus corpos em transformação e às eminentes demandas da idade adulta introduzem um período de "tormenta e de estresse", o que produz o conflito entre as gerações. Sigmund Freud (1935/1953) e sua filha, Anna Freud (1946), descreveram "'tormenta e estresse" como universais e inevitáveis, desenvolvendo-se a partir do ressurgimento dos primeiros impulsos sexuais dirigidos aos pais. Entretanto, a antropóloga Margaret Mead (1928, 1935), que estudou a adolescência nas ilhas do Pacífico Sul, concluiu que, quando uma cultura oferece uma transição gradual e serena da infância para a idade adulta, "tormenta e estresse" não são comuns - observação posteriormente confirmada por pesquisas em 186 sociedades pré-industriais (Schlegel e Barry, 1991).

A rebeldia plena hoje parece ser incomum até nas sociedades ocidentais, pelo menos entre jovens de classe média que vão à escola. Em estudos clássicos, Daniel Offer (1969) constatou um elevada quantidade de bate-boca sobre questões sem importância entre meninos de 12 e 14 anos e seus pais, mas pouco tumulto. Menos do que um quinto desses meninos haviam tido uma adolescência tumultuada (Offer e Offer, 1974). De modo semelhante, em pesquisas mais recentes, apenas 15 a 25% das famílias com adolescentes descreveram conflitos importantes, e muitas dessas famílias tinham tido problemas antes de as crianças chegarem a adolescência (Collins, 1990; Hill, 1987; Offer et al., 1989). Embora os adolescentes possam desafiar a autoridade dos pais com alguma regularidade, as emoções que acompanham essa transição geralmente não levam a conflitos familiares de maiores proporções ou a um drástico rompimento com os padrões dos pais ou da sociedade (Arnett, 1999; Offer e Church, 1991; Offer et al., 1989). A maioria dos jovens sente-se próxima dos pais e tem sentimentos positivos em relação a eles, tem opiniões semelhantes sobre questões importantes e valoriza a aprovação dos pais (Hill, 1987; Offer et al., 1989; Offer et al., 1988). A "rebeldia adolescente", muitas vezes, não passa de uma série de disputas menores.

Mesmo assim, a adolescência - pelo menos em famílias ocidentais de classe média - pode ser uma época difícil. Conflitos familiares, oscilações de humor e comportamento de risco são mais comuns do que durante outros períodos da vida (Arnett, 1999). A despeito de grandes diferenças individuais, estados de humor negativos e depressão tendem a aumentar durante esse período (Larson e Lampman-Petrakis, 1989; Petersen et al., 1993; ver Capítulo 10). Muitos adolescentes sentem-se tímidos, envergonhados, desajeitados, solitários, nervosos ou ignorados (Larson e Richards, 1994). E, embora nem todos dirijam em alta velocidade, utilizem drogas ou façam sexo sem proteção, a maioria ocasionalmente corre riscos (Arnett, 1999).



rebeldia adolescente

Padrão de agitação emocional, característico de uma minoria de adolescentes, que pode envolver conflito com a família, alienação da sociedade adulta, comportamento irresponsável e rejeição dos valores dos adultos.

Pense sobre isso . . .

- Que valores você acha que tem que são diferentes dos de seus pais? Como você passou a desenvolver esses valores?
- Quando os adolescentes reclamam que seus pais "não os compreendem", ao que você acha que eles se referem?

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Avaliar a medida de rebeldia adolescente e de tormenta e estresse durante os anos de adolescência?

**Indicador****6.**

Como os adolescentes relacionam-se com os pais, com os irmãos e com os amigos?

Em que medida esse comportamento tem por origem as mudanças biológicas da puberdade? As mudanças hormonais provavelmente contribuem para a volatilidade emocional, especialmente durante o início da adolescência, mas seu efeito parece ser pequeno e depender da interação com outros fatores. Alguns pesquisadores apontam para genes que podem ser "acionados" nesse momento; mudanças, ligadas ao desenvolvimento, na regulação emocional, na agressividade e na busca de sensações; privação de sono, que freqüentemente é resultado da discrepância entre as alternadas necessidades de sono dos adolescentes e seus horários escolares (Arnett, 1999; ver Capítulo 11).

O fato de que "tormenta e estresse" não são universais ou inevitáveis sugere que suas principais fontes não são biológicas. A adolescência é mais difícil em culturas como a dominante nos Estados Unidos, a qual enfatiza a individualidade e a necessidade de alcançar a independência. A relativa tranquilidade da adolescência em muitas sociedades tradicionais (e em algumas subculturas norte-americanas minoritárias) pode mudar com sua crescente adoção de valores ocidentais.

Reconhecer que a adolescência tende a ser uma época difícil pode ajudar os pais e os professores a colocar o comportamento problemático em perspectiva. Por outro lado, os adultos que supõem que a turbulência adolescente é normal e necessária podem erroneamente acreditar que os adolescentes irão superar os problemas e podem deixar de reconhecer quando um jovem precisa de ajuda.

Como os Adolescentes Usam seu Tempo - e com Quem

O que os adolescentes fazem em um dia típico? Com quem fazem e como se sentem em relação ao que estão fazendo?

Segundo pesquisas sequenciais com 220 jovens brancos de classe média e da classe trabalhadora que levavam diários e informavam o que estavam fazendo toda vez que o diário tocava, a quantidade de tempo passado junto a família diminuiu radicalmente entre os 10 e 18 anos, de 35% para 14% das horas de vigília (Larson, Richards, Moneta, Holmbeck e Duckett, 1996). Essa desvinculação não é uma rejeição da família, mas uma resposta a necessidades de desenvolvimento. Adolescentes jovens costumam retirar-se para seus aposentos; parecem precisar ficar sozinhos para fugir das demandas dos relacionamentos sociais, para recuperar a estabilidade emocional e para refletir sobre questões de identidade (Larson, 1997). Em seu tempo livre, estudantes do ensino médio ficam mais com os pares, com os quais se identificam e sentem-se confortáveis (Larson e Richards, 1991).

A vida social e emocional dos adolescentes segue um ciclo semanal. O fim de semana adquire uma importância especial durante o ensino médio, quando os jovens têm mais liberdade, deslocam-se mais e passam mais tempo com os amigos, longe de casa (Larson e Richards, 1998). Os dias da semana tornam-se menos agradáveis, e as noites de sábado tornam-se "o momento de máxima emoção da semana" (p. 43). As noites de sexta-feira e de sábado geralmente são para estar com o/a namorado/a ou para "caçar" com o grupo de amigos. Às vezes, as festas tornam-se ocasiões para comportamento de risco, como direção perigosa e uso de álcool ou de drogas.

O caráter das interações familiares muda durante este período. Os adolescentes e seus pais podem passar menos tempo do que antes assistindo à televisão juntos, mas passam o mesmo tempo - e no caso das moças, mais - em conversas a sós. A medida que amadurecem, os adolescentes vêm-se cada vez mais na liderança dessas discussões, e seus sentimentos em relação ao contato com os pais tornam-se mais positivos (Larson et al., 1996). Em um estudo com 121 estudantes do ensino médio na zona rural de New England (média de idade de 17 anos), os adolescentes eram tão próximos das mães quanto dos amigos. A influência dos pais permanecia forte mesmo com a diminuição do contato (Laursen, 1996).

Adolescentes afro-americanos, que podem considerar suas famílias refúgios em um mundo hostil, mantêm relacionamentos familiares mais íntimos e relações menos intensas com os pares do que adolescentes brancos, segundo entrevistas com uma amostra representativa de 942 adolescentes em Toledo, Ohio. Adolescentes negros também tendem a ser mais flexíveis na escolha de amigos e menos dependentes de aprovação dos pares (Giordano, Cernkovich e DeMaris, 1993).

Meninos americanos mexicanos tendem a se tornar mais próximos dos pais durante a puberdade. Isso pode refletir a característica de extraordinária união das famílias

americanas mexicanas e sua maior adaptabilidade à mudança. Ou - uma vez que este padrão não se manifesta entre as mulheres - pode refletir a importância que as famílias hispânicas dão ao papel masculino tradicional (Molina e Chassin, 1996).

Com essas variações étnicas em mente, vamos examinar mais profundamente os relacionamentos com os pais e, depois, com os irmãos e com os pares.

Adolescentes e Pais

Assim como os adolescentes sentem tensão entre a dependência dos pais e a necessidade de se libertar, os pais também têm sentimentos confusos. Querem que os filhos sejam independentes, mas têm dificuldade de "soltá-los". Os pais precisam saber distinguir entre dar aos adolescentes independência suficiente e protegê-los de lapsos imaturos de julgamento. Essas tensões costumam levar a conflitos familiares, e os estilos parentais de criação podem influenciar sua forma e seu resultado. Além disso, como com crianças mais jovens, a situação de vida dos pais - seu trabalho e suas situações conjugais e socioeconômica - afetam os relacionamentos com filhos adolescentes.

Conflito Familiar

Grande parte dos conflitos familiares dão-se em torno do ritmo de desenvolvimento dos adolescentes rumo à independência (Arnett, 1999). As discussões entre os adolescentes e seus pais costumam se concentrar em "quanto" ou "quando": que grau de liberdade os adolescentes devem ter para planejar suas próprias atividades ou quando irão poder pegar o carro da família. A maioria das discussões gira em torno de questões cotidianas - afazeres domésticos, deveres escolares, roupas, dinheiro, hora de voltar para casa, namoros e amigos - mais do que de valores fundamentais (Barber, 1994). Entretanto, algumas dessas questões "menores" são "procurações" para outras, mais sérias, como uso de drogas, direção segura e sexo. Além disso, o acúmulo de discussões frequentes pode resultar em uma atmosfera familiar estressante (Arnett, 1999).

Os motivos de conflito são semelhantes em famílias de pais casados e de pais divorciados (Smetana, Yau, Restrepo e Braeges, 1991) e nos diversos grupos étnicos. Entretanto, pais brancos relatam choques mais frequentes com filhos adolescentes do que pais negros ou hispânicos, os quais tendem a impor maiores expectativas comportamentais como modo de sobrevivência na cultura majoritária (Barber, 1994). Adolescentes chineses da classe trabalhadora em Hong Kong, cuja cultura enfatiza as obrigações e a harmonia familiares, relatam menos conflitos com os pais do que adolescentes americanos europeus (Yau e Smetana, 1996).

Os conflitos familiares são mais frequentes no início da adolescência, mas mais intensos em meados da adolescência (Laursen, Coy e Collins, 1998). A frequência de discussões na adolescência pode estar relacionada com as tensões da puberdade e a necessidade de afirmar a autonomia. As discussões mais carregadas em meados da adolescência e, em menor grau, na adolescência tardia podem refletir as tensões emocionais que ocorrem à medida que os adolescentes experimentam sua liberdade. A menor frequência de conflitos na adolescência tardia pode significar uma adaptação às importantes mudanças deste período e uma renegociação do equilíbrio de poder entre pais e filhos. Ou então os adolescentes podem discutir menos com os pais apenas porque passam menos tempo com eles (Fuligni e Eccles, 1993; Laursen et al., 1998; Molina e Chassin, 1996; Steinberg, 1988).

Estes padrões também possuem variações étnicas. Em famílias afro-americanas da região rural do sul dos EUA, a religiosidade influencia os níveis de coesão e de conflito familiar durante a pré-adolescência e a adolescência inicial. Pais altamente religiosos tendem a se relacionar melhor entre si e com os filhos (Brody, Stoneman e Flor, 1996).

Os jovens americanos asiáticos têm mais conflitos familiares durante a adolescência tardia do que durante a adolescência inicial, e suas percepções do afeto e da compreensão de seus pais não parecem melhorar tanto quanto nas famílias americanas europeias. Talvez isso se deva ao fato de que as culturas asiáticas enfatizam o controle das emoções e as expectativas de respeito e de obediência. Em idade universitária, quando muitos jovens americanos europeus já renegociaram seus relacionamentos com os pais, pais e adolescentes americanos asiáticos estão disputando o controle sobre os amigos,

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar a idade e as diferenças culturais na forma dos jovens utilizarem o tempo livre?

Pense sobre isso...

- Que tipos de questões você se recorda como causadoras de mais conflito em sua família quando você era adolescente e como elas se resolviam? Se você vivia com ambos os pais, seu pai e sua mãe lidavam com estas questões de modo semelhante ou diferente?

as atividades e a vida privada do jovem (Greenberger e Chen, 1996). O conflito em ambas as culturas é mais provável com as mães do que com os pais (Greenberger e Chen, 1996; Laursen et al., 1998; Steinberg, 1981, 1987), talvez porque a maioria das mães estiveram mais intimamente envolvidas com seus filhos e possuem sentimentos confusos em relação a abrir mão desse envolvimento.

Independentemente da etnicidade, a quantidade de discórdia familiar parece depender sobretudo das personalidades dos adolescentes e do tratamento que os pais lhe concedem. Esses fatores podem explicar por que as discórdias em algumas famílias tendem a ser esquecidas, enquanto em outras elas se transformam em grandes confrontos. As desavenças são mais prováveis quando os pais identificam nos filhos características de personalidade negativas (como irritar-se com facilidade ter maldade ou ansiedade) e um histórico de problemas de comportamento e quando os pais utilizam disciplinas coercivas (Barber, 1994). Em um estudo sobre 335 famílias do meio-oeste rural com ambos os pais e com os adolescentes, os conflitos diminuía em famílias afetivas e apoiadoras durante o início e meados da adolescência, mas pioravam em uma atmosfera familiar hostil, coerciva ou crítica (Rueter e Conger, 1995).

Estilos Parentais

Ainda que os adolescentes sejam diferentes das crianças mais jovens, o estilo democrático de criação parece funcionar melhor (Baumrind, 1991). Pais democráticos insistem em regras, em normas e em valores importantes, mas estão dispostos a ouvir, a explicar e a negociar. Encorajam os adolescentes a formarem suas próprias opiniões (Lamborn, Mounts, Steinberg e Dornbusch, 1991). Exercem controle apropriado sobre a conduta da criança, mas não sobre seu senso de identidade (Steinberg e Darling, 1994).

Uma criação excessivamente severa e autoritária pode ser especialmente contraproducente quando as crianças entram na adolescência e sentem mais necessidade de serem tratadas como adultos. Quando os pais não se ajustam a essa necessidade, seus filhos podem rejeitar a influência dos pais e buscar nos amigos apoio e aprovação a qualquer custo. Entre 1.771 estudantes de 6ª e de 7ª séries de classe média, em sua maioria brancos, aqueles que achavam que os pais lhe davam poucas oportunidades para se envolverem nas decisões que os afetavam eram inclinados a fazer praticamente qualquer coisa para obter popularidade com os pares, mesmo que isso significasse quebrar as re-

A comunicação entre os pais e os adolescentes pode fluir mais naturalmente quando estão envolvidos em uma atividade comum. Moer milho pelo método tradicional reforça o laço entre esta mãe e a filha navajos. A maioria dos adolescentes sente-se próxima dos pais e tem sentimentos positivos em relação a eles, aprecia sua aprovação e possui valores semelhantes sobre questões importantes.



gras da família e negligenciar as tarefas da escola e seus próprios talentos. Isso não se aplicava aos estudantes cujos pais apenas monitoravam suas atividades. Ao que parece, é a afirmação de poder, e não a supervisão adequada, que provoca reações negativas (Fuligni e Eccles, 1993). Os pais que demonstram desapontamento com o mau comportamento dos adolescentes são mais bem-sucedidos para motivá-los a se comportar de maneira responsável do que aqueles que os punem severamente (Krevans e Gibbs, 1996).

A criação democrática pode ajudar os jovens a internalizarem padrões que os protegem contra influências negativas dos pares e os abrem para influências positivas. Em um estudo com 500 estudantes do ensino médio, aqueles cujos amigos eram usuários de droga tendiam a aumentar seu próprio uso de drogas, mas isso não ocorria tanto com aqueles que consideravam seus pais altamente democráticos. Os adolescentes cujos amigos próximos eram academicamente bem-sucedidos tendiam a melhorar suas notas, mas isso não ocorria tanto nos estudantes cujos pais *não* eram democráticos (Mounts e Steinberg, 1995).

Efeitos da Situação de Vida dos Pais

Muitos adolescentes hoje vivem em famílias que são muito diferentes das famílias de algumas décadas atrás. A maioria das mães, como a de Jackie Robinson, trabalha fora de casa, e os adolescentes, muitas vezes, cuidam de si mesmos após a escola. Muitos jovens, como Robinson, vivem só com o pai ou com a mãe; outros vivem com pais de um segundo casamento. Muitas famílias, como a de Robinson, precisam enfrentar sérias dificuldades econômicas.

Como essas situações familiares afetam os adolescentes? Uma combinação de fatores pode estar envolvida. O impacto do emprego da mãe, por exemplo, pode depender de os dois pais estarem presentes no lar ou apenas um. Muitas vezes, uma mãe sozinha precisa trabalhar para evitar um desastre econômico; como o fato de ela trabalhar afeta seus filhos adolescentes pode depender de quanto tempo e energia lhe sobra para ficar com eles e que tipo de modelo ela oferece. Esses fatores, por sua vez, podem ser influenciados por outros: que tipo de trabalho ela faz, quantas horas ela trabalha, quanto ganha e o quanto aprecia seu trabalho (Barber e Eccles, 1992).

O emprego dos pais A maioria das pesquisas sobre como o emprego dos pais afeta os adolescentes trata do emprego das mães. Algumas pesquisas constataram que os filhos adolescentes de mães trabalhadoras tendem a se sentir mais bem ajustados socialmente do que outros adolescentes; eles se sentem melhor em relação a si mesmos, possuem um maior senso de afiliação e relacionam-se melhor com as famílias e com os amigos. No aspecto negativo, tendem a passar menos tempo fazendo os deveres da escola e lendo por lazer e mais tempo assistindo à televisão (Gold e Andres, 1978; Milne, Myers, Rosenthal e Ginsburg, 1986).

Os adolescentes podem gostar de ficar mais livres para dirigir suas próprias atividades quando as mães estão fora de casa. Entretanto, com menos supervisão, os adolescentes são mais suscetíveis à pressão dos pares. Uma pesquisa com 3.993 estudantes de 9ª série* de seis distritos escolares na Califórnia do Sul, provenientes de uma ampla gama de origens étnicas e socioeconômicas, constatou que os alunos que não tinham supervisão após a escola tendiam a fumar, a beber, a utilizar maconha ou a se envolver em outros comportamentos de risco, a deprimir-se e a ter notas baixas. Contudo que os pais saibam onde está seu filho ou filha, a falta de supervisão em si não aumenta significativamente o risco de problemas, mas quanto menos consistentemente os pais monitoram as atividades de seu filho e quanto mais horas o jovem fica sem supervisão, maior o risco. A falta de supervisão parece ter um efeito mais prejudicial sobre as moças, que, de outra forma, são menos propensas a problemas do que os rapazes (Richardson, Radziszewska, Dent e Flay, 1993).

Quando os pais sentem-se sobrecarregados de trabalho, os conflitos entre pais e filhos tendem a surgir. As mães que se sentem sobrecarregadas tendem a se tornar menos carinhosas e acolhedoras, e seus filhos costumam apresentar problemas de comportamento (Galambos, Sears, Almeida e Kolaric, 1995). Quando as mães estão estressadas, as tensões entre adolescentes e pais também aumentam (Almeida e McDonald, 1998).

Nos anos de 1950, 1960 e 1970, quando a maioria das mães que tinha condições de ficar em casa o faziam, os filhos adolescentes de mulheres empregadas tinham

* N. de T.: Refere-se ao modelo norte-americano de ensino.

atitudes menos estereotipadas em relação aos papéis femininos do que os filhos de mães que não trabalhavam fora. As filhas de mulheres empregadas tinham aspirações profissionais mais elevadas e menos estereotipadas, eram mais sociáveis, obtinham pontuações mais altas em diversas medidas acadêmicas e pareciam mais bem adaptadas em medidas sociais e da personalidade (Hoffman, 1979). Hoje, a situação de trabalho de uma mãe parece ser apenas um entre os muitos fatores que moldam as atitudes dos adolescentes em relação ao papel das mulheres (Galambos, Petersen e Lerner, 1988). Na verdade, o emprego da mãe em si não parece afetar muito os adolescentes; qualquer que seja o efeito que tem, este é condicionado por outros fatores, como a afetuosidade em um relacionamento (Galambos et al., 1995) e a satisfação de uma mulher com sua dupla função. Os filhos adolescentes de mulheres que trabalham fora tendem a ter atitudes mais flexíveis em relação aos papéis de gênero quando têm relacionamentos afetuosos com suas mães, e filhas adolescentes demonstram atitudes não-estereotipadas quando suas mães estão felizes com seus papéis (Galambos et al., 1988).

Surpreendentemente, algumas das mais fortes tipificações de gênero ocorrem em famílias com mães que trabalham fora em tempo integral. As divisões de gênero podem ser mais igualitárias durante a semana, quando todos estão ocupados com o trabalho ou com a escola. Nos fins de semana, entretanto, as moças - como suas mães - realizam uma parcela maior dos afazeres domésticos e do cuidado dos irmãos menores (Crouter e Maguire, 1998).

Estrutura Familiar Crescer em um lar com os dois pais é uma vantagem durante a infância (ver Capítulo 10), e isso continua sendo uma vantagem durante a adolescência, pelo menos em termos de evitar comportamentos arriscados. Uma análise de dados sobre aproximadamente 22 mil jovens de 12 a 17 anos da Pesquisa Doméstica Nacional de Abuso de Drogas dos anos de 1991, 1992 e 1993 constatou que os adolescentes que vivem com dois pais biológicos ou adotivos têm menos tendência do que adolescentes que vivem em outras estruturas familiares a utilizar álcool, cigarros ou drogas ilícitas ou de relatar problemas associados a seu uso (Johnson, Hoffmann e Gershtein, 1996).

Ainda assim, o divórcio e a criação por pais solteiros não produzem necessariamente adolescentes problemáticos. Na verdade, uma análise da literatura sugere que alguns dos efeitos prejudiciais de viver em um "lar desfeito" podem ter sido exagerados (Barber e Eccles, 1992). Por exemplo, diversos estudos constataram que filhos de pais divorciados se saem pior na escola do que as de famílias com ambos os pais. Na adolescência, entretanto, as diferenças geralmente são menores e podem nem existir quando outros fatores, como condição socioeconômica e conflito parental, são mantidos constantes. De modo semelhante, as descobertas de baixa auto-estima e de diferença nas atitudes em relação aos papéis dos gêneros são pequenas, inconsistentes ou incompletas. Além disso, a maioria desses estudos são transversais; portanto, não mostram mudanças na mesma pessoa antes e depois do divórcio.

Na avaliação dos efeitos do divórcio e da criação só pela mãe ou pelo pai, portanto, precisamos examinar circunstâncias particulares. Às vezes, o divórcio pode melhorar a situação por reduzir a quantidade de conflito dentro de casa (ver Quadro 10-1). E, embora os efeitos imediatos de um rompimento conjugal possam ser traumáticos, a longo prazo, alguns adolescentes podem beneficiar-se por terem adquirido novas habilidades de enfrentamento que os tornam mais competentes e independentes (Barber e Eccles, 1992).

O apoio dos pais pode ser mais importante do que a estrutura familiar. Em um estudo com 254 meninos adolescentes afro-americanos urbanos, os que viviam com uma mãe solteira não tinham maior probabilidade do que os que viviam em lares com ambos os pais, do segundo casamento ou com a família extensa de utilizar álcool ou drogas, de se tornarem delinquentes, de abandonar a escola ou de sofrer de problemas psicológicos. A única diferença foi positiva: filhos homens em lares de mães solteiras recebiam mais apoio parental do que outras crianças. É possível que as mães (como a de Jackie Robinson) ofereçam apoio adicional para compensar a ausência dos pais. Contudo, muitos pais ainda continuam envolvidos nas vidas de seus filhos, e esse envolvimento estava relacionado com resultados positivos (Zimmerman, Salem e Maton, 1995).

Os adolescentes têm especial dificuldade em se adaptar ao segundo casamento dos pais. Em um estudo, crianças de 9 a 13 anos vivendo em famílias de um segundo casamento eram menos social e academicamente competentes do que crianças de famílias intactas e tendiam a ser destrutivas ou deprimidas e retraídas. Dois anos depois, demonstravam pouca melhora (Hetherington e Clingempeel, 1992).

Estresse econômico Um dos maiores problemas em muitas famílias de só pai ou mãe é o estresse econômico. A pobreza pode complicar os relacionamentos familiares e prejudicar o desenvolvimento das crianças através de seu impacto sobre o estado emocional dos pais (ver Capítulo 10). Os adolescentes podem também sentir esses efeitos indiretos da privação econômica. Um estudo examinou mães afro-americanas de crianças de 7ª e 8ª séries em uma cidade do meio-oeste que estava passando por demissões em massa na indústria. Mães desempregadas, especialmente aquelas sem auxílio ou apoio externo, tendiam a se deprimir; e as mães deprimidas tendiam a ser negativas em sua percepção de seu papel materno e punitivas para com os filhos. Os jovens que viam seus relacionamentos com as mães se deteriorar tendiam a se deprimir e a ter problemas na escola (McLoyd, Jayaratne, Ceballo e Borquez, 1994).

Evidentemente, o estresse econômico pode também atingir famílias com ambos os pais. Entre 378 famílias brancas intactas de uma área rural de Iowa em declínio econômico, conflitos financeiros entre pais e adolescentes foram agravados pela depressão dos pais e por conflitos conjugais. Os pais que brigavam entre si e com os filhos por dinheiro tendiam a ser hostis e coercivos, aumentando o risco de problemas de comportamento por parte dos adolescentes (Conger, Ge, Elder, Lorenz e Simons, 1994).

Por outro lado, muitos adolescentes em famílias com dificuldades econômicas (como a de Jackie Robinson) beneficiam-se com o capital social acumulado (ver Capítulo 11) - o apoio de parentes e da comunidade. Em 51 famílias afro-americanas urbanas pobres em que os adolescentes viviam com as mães, avós ou tias, as mulheres que tinham fortes redes de parentesco tendiam a ser psicologicamente saudáveis, assim como os jovens. Quanto mais apoio social as mulheres recebiam, maior sua auto-estima e a aceitação de seus filhos. As mulheres que tinham maior apoio exerciam controle mais firme e monitoramento mais efetivo e, ao mesmo tempo, garantiam autonomia adequada, e seus protegidos adolescentes eram mais autoconfiantes e tinham menos problemas de comportamento (Taylor e Roberts, 1995).

Adolescentes e Irmãos

A medida que começam a se separar de suas famílias e a passar mais tempo com os pares, os adolescentes têm menos tempo e menos necessidade da gratificação emocional que antes obtinham dos laços com os irmãos. Os adolescentes são menos próximos dos irmãos do que dos pais ou dos amigos, além de menos influenciados por eles, e tornam-se ainda mais distantes durante a adolescência (Laursen, 1996).

As mudanças nos relacionamentos entre irmãos pode preceder mudanças semelhantes nos relacionamentos entre os adolescentes e os pais: mais independência por parte do jovem e menos autoridade exercida pela pessoa mais velha. A medida que os adolescentes chegam ao ensino médio, seus relacionamentos com os irmãos tornam-se progressivamente mais igualitários. Os irmãos mais velhos exercem menos poder sobre os mais jovens e brigam menos com eles (Buhrmester e Furman, 1990). Os adolescentes ainda demonstram intimidade, afeição e admiração por seus irmãos e irmãs (Rafaelli e Larson, 1987), mas seus relacionamentos são menos intensos (Buhrmester e Furman, 1990).

Estas mudanças parecem bastante completas quando o irmão mais jovem tem cerca de 12 anos (Buhrmester e Furman, 1990). Nessa época, o irmão mais jovem não precisa mais de tanta supervisão, e as diferenças de competência e de independência entre irmãos mais velhos e mais jovens vão diminuindo. (Uma criança de 6 anos é muito mais competente do que uma criança de 3 anos, mas uma criança de 15 e outra de 12 são muito mais parecidas.)

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar fatores que influenciam o conflito com os pais?
- ✓ Discutir o impacto dos estilos de criação e do emprego, da situação conjugal e da situação socioeconômica dos pais sobre os adolescentes?

Pense sobre isso ...

- Se você tem um ou mais irmãos ou irmãs, seu relacionamento com eles mudou durante a adolescência? Em caso afirmativo, de que forma? Que fatores você acha que influenciaram essas mudanças?

VERIFICADOR*Você é capaz de ...*

- ✓ Descrever mudanças típicas nos relacionamentos entre irmãos durante a adolescência?

Irmãos mais velhos e mais jovens tendem a ter sentimentos diferentes em relação às mudanças no relacionamento. A medida que o irmão mais jovem cresce, o mais velho precisa abrir mão do poder e da condição com que está acostumado e pode considerar um irmão ou uma irmã mais jovem um aborrecimento irritante. Por outro lado, irmãos mais jovens ainda tendem a respeitar os irmãos mais velhos - como era o caso de Jackie Robinson em relação a seu irmão Mack - e tentam sentir-se mais "adultos", identificando-se com eles e imitando-os (Buhrmester e Furman, 1990). Mesmo até os 17 anos, os irmãos mais jovens tendem a se aconselhar sobre planos e problemas com os irmãos mais velhos, a serem influenciados por eles e a se satisfazerem com o apoio que recebem deles do que o inverso (Tucker, Barber e Eccles, 1997).

Irmãos com maior diferença de idade tendem a ser mais afetuosos entre si e a se relacionar melhor do que aqueles de idade mais próxima. A discórdia e o antagonismo entre irmãos e irmãs com pouca diferença de idade pode refletir uma rivalidade mais intensa, uma vez que suas capacidades são suficientemente semelhantes para serem comparadas com frequência - por eles mesmos e pelos outros. Irmãos de mesmo sexo geralmente são mais próximos do que um irmão e uma irmã (Buhrmester e Furman, 1990).

Adolescentes e Pares

Como Jackie Robinson descobriu, uma importante fonte de apoio emocional durante a complexa transição da adolescência, bem como uma fonte de pressão para comportamentos que os pais podem deplorar, é o crescente envolvimento de um jovem com os pares.

Adolescentes que estão passando por rápidas transformações físicas reconfortam-se estando com outros que estão passando por mudanças semelhantes. Adolescentes que desafiam os padrões adultos e a autoridade dos pais renovam sua confiança buscando aconselhamento com amigos que estão na mesma posição que eles. Adolescentes que questionam a adequação dos pais como modelos de comportamento, mas ainda não se sentem suficientemente seguros de si mesmos para se bastarem, buscam os amigos para saber o que é bom e o que é ruim. O grupo de pares é uma fonte de afeição, de solidariedade, de compreensão e de orientação moral; um lugar de experimentação e um ambiente para alcançar autonomia e independência dos pais. É um lugar para formar relacionamentos íntimos que servem de "ensaio" para a intimidade adulta (Buhrmester, 1996; Coleman, 1980; Gecas e Seff, 1990; Laursen, 1996; Newman, 1982).



O grupo de amigos é uma importante fonte de apoio emocional durante a adolescência. Jovens que estão passando por rápidas transformações físicas sentem-se melhor na companhia de outros que estão passando por mudanças semelhantes.

Situação no Grupo de Pares

Em estudos sociométricos, costuma-se pedir às crianças que nomeiem os colegas de quem mais gostam e aqueles de quem menos gostam. Esses estudos identificaram cinco *grupos de situação entre os pares*: *popular* (crianças que recebem muitas indicações positivas), *rejeitado* (aqueles que recebem muitas indicações negativas), *negligenciado* (aqueles que recebem poucas indicações de qualquer tipo), *controverso* (aqueles que recebem muitas indicações positivas, bem como negativas) e *mediano* (aqueles que não recebem um número extraordinário de indicações de qualquer tipo).

Um estudo com 1.041 pré-adolescentes (de 10 a 12 anos) e 862 adolescentes (de 13 a 16 anos) no norte da Grécia utilizou essa técnica juntamente com auto-avaliações e avaliações dos professores (Hatzichristou e Hopf, 1996). Os jovens também foram solicitados a nomear dois colegas que melhor correspondessem certas descrições comportamentais (por exemplo, "briga freqüentemente com outros alunos", "estimado por todos e ajuda a todos" ou "envolve-se em problemas com o professor"). Pela combinação e pela comparação das diversas avaliações, os pesquisadores puderam estabelecer um retrato dos adolescentes rejeitados, negligenciados e controversos.

Como nos estudos norte-americanos, jovens *rejeitados* eram os que tinham mais problemas de adaptação. Também tinham dificuldades acadêmicas e fraco desempenho em testes. Os meninos rejeitados, particularmente os mais jovens, tendiam a ser agressivos e anti-sociais; meninas rejeitadas tinham maior probabilidade de serem tímidas, isoladas e infelizes e terem uma auto-imagem negativa. Essas últimas características também eram comuns em meninos rejeitados que estavam nas séries mais avançadas do ensino fundamental e no ensino médio, aparentemente porque a timidez e a sensibilidade tornam-se mais uma desvantagem social à medida que as crianças entram na adolescência (ver Quadro 10-2).

O grupo *negligenciado* - que, na época do ensino médio, incluía mais meninos do que meninas - não era muito diferente da média, exceto que eram menos pró-sociais e tinham algumas dificuldades de aprendizagem, as quais contribuíam para uma pior auto-imagem. As transições do primeiro para o segundo ciclo do ensino fundamental e deste para o ensino médio parecem ser particularmente difíceis para jovens rejeitados e negligenciados.

Jovens *controversos*, muitas vezes, eram vistos de maneira diferente por professores e pares. Uma vez que o grupo controverso tendia a se sair bem na escola, os professores não identificavam neles problemas de comportamento. Os pares, particularmente no ensino fundamental, muitas vezes, classificavam as meninas nessa categoria como bem-comportadas, mas esnobes e arrogantes - talvez refletindo a tendência das meninas de formarem "panelinhas" nessa idade. Os meninos eram vistos como agressivos e anti-sociais - mas também como líderes, talvez porque os pares esperem e aceitem a agressividade em meninos jovens. Na época do ensino médio, as meninas na categoria controversa eram mais estimadas do que antes e também eram vistas como líderes.

Pense sobre isso . . .

- Com base nas características específicas de crianças rejeitadas e negligenciadas descritas nesta seção, o que você acha que pode ser feito para ajudar essas crianças?

Amizades

As amizades são fundamentalmente diferentes dos relacionamentos familiares. Elas são mais igualitárias do que os relacionamentos com os pais, que detêm mais poder, ou com irmãos, que geralmente são mais velhos ou mais jovens. As amizades baseiam-se em escolha e comprometimento. Pelo mesmo motivo, são mais instáveis do que os relacionamentos familiares. A consciência do caráter distintivo das amizades e do que é necessário para mantê-las emerge na adolescência. Os adolescentes brigam com menos intensidade e resolvem conflitos de forma mais igualitária com os amigos do que com os membros da família, talvez porque percebam que o excesso de conflito poderia fazê-los perder a amizade (Laursen, 1996).

Os adolescentes, como as crianças mais jovens, tendem a escolher amigos que sejam como eles, e os amigos podem influenciar-se mutuamente para se tornarem ainda mais parecidos (Berndt, 1982; Berndt e Perry, 1990). Os amigos geralmente são da mesma raça (Giordano et al., 1993) e desfrutam *status* semelhante no grupo de pares (Berndt e Perry, 1990).

Os pais exercem considerável influência indireta sobre a escolha de amigos dos adolescentes. Em um estudo com 3.781 estudantes do ensino médio (Brown, Mounts, Lamborn e Steinberg, 1993), o grau em que os pais monitoravam o comportamento e o traba-

lho escolar dos adolescentes, encorajavam a realização e permitiam a tomada de decisões em conjunto estava relacionado com o êxito acadêmico, o uso de drogas e a autoconfiança. Esses comportamentos, por sua vez, estavam ligados à afiliação a grupos de amigos, como "populares, atletas, inteligentes, normais, drogados e párias" (p. 471).

A intensidade e a importância das amizades, bem como o tempo passado com amigos, são provavelmente maiores na adolescência do que em qualquer outra época da vida. As amizades tornam-se mais recíprocas na adolescência. Os jovens adolescentes começam a depender mais dos amigos do que dos pais para intimidade e apoio. Os amigos agora dão mais importância à lealdade e compartilham confidências mais do que amigos mais jovens. Intimidade, lealdade e compartilhamento são características da amizade adulta; seu surgimento na adolescência marca uma transição para os relacionamentos adultos (Berndt e Perry, 1990; Buhrmester, 1990, 1996; Hartup e Stevens, 1999; Laursen, 1996). A intimidade com amigos de mesmo sexo aumenta do início a meados da adolescência e depois normalmente diminui à medida que a intimidade com o sexo oposto aumenta (Laursen, 1996).

A maior intimidade da amizade adolescente reflete o desenvolvimento cognitivo. Os adolescentes de hoje são mais capazes de expressar seus pensamentos e seus sentimentos privados. Também sabem considerar mais prontamente o ponto de vista de outra pessoa e, assim, lhes é mais fácil compreender os pensamentos e os sentimentos de um amigo. A maior intimidade também reflete o interesse dos adolescentes jovens em conhecerem a si mesmos. Confiar em um amigo ajuda os jovens a explorarem seus próprios sentimentos, definirem sua identidade e a validarem seu próprio valor. A amizade oferece um lugar seguro para arriscar opiniões, para admitir fraquezas e para obter ajuda na resolução de problemas (Buhrmester, 1996).

A capacidade de intimidade está relacionada com a adaptação psicológica e a competência social. Os adolescentes que têm amizades próximas, estáveis e apoiadoras geralmente têm uma opinião favorável a seu próprio respeito, saem-se bem na escola, são sociáveis e tendem a não ser hostis, ansiosos ou deprimidos (Berndt e Perry, 1990; Buhrmester, 1990; Hartup e Stevens, 1999). Um processo bidirecional parece estar operando: boas amizades promovem adaptação que, por sua vez, promove boas amizades.

A amizade na adolescência exige habilidades sociais mais desenvolvidas do que a amizade na infância. Uma vez que as amizades tornam-se mais orientadas pela conversa, os adolescentes precisam ser capazes de iniciar e sustentar conversações. Precisam saber procurar amigos, telefonar-lhes e fazer planos. Precisam saber lidar com conflitos e discórdias. Precisam saber como e quando dividir confidências e como e quando oferecer apoio emocional. As amizades ajudam os adolescentes a desenvolver essas habilidades oferecendo-lhes oportunidades para utilizá-las e *feedback* sobre sua eficácia (Buhrmester, 1996).

A partilha de confidências e o apoio emocional parecem ser mais vitais às amizades femininas do que às amizades masculinas durante a adolescência e por toda a vida. As amizades dos rapazes baseiam-se menos na conversa do que em atividades comuns, geralmente esportes e jogos competitivos (Blyth e Foster-Clark, 1987; Buhrmester, 1996; Bukowski e Kramer, 1986). As moças sentem-se melhor depois de relatar a uma amiga uma experiência desagradável do que os rapazes; eles podem expressar apoio simplesmente fazendo coisas juntos (Denton e Zarbatany, 1996). Como vimos, os meninos tendem a adquirir auto-estima competindo com os amigos; as moças, ajudando-lhes.

Adolescentes em Apuros: Comportamento Anti-Social e Delinquência Juvenil

O que influencia os jovens a praticar - ou abster-se de - violência (ver Quadro 12-2) ou outros atos anti-sociais? O que determina se um delinquente juvenil irá se tornar ou não um criminoso empedernido quando crescer?

Ao examinarmos as raízes da delinquência, precisamos manter em mente uma distinção importante. Alguns adolescentes, às vezes, cometem um ato anti-social. Um grupo menor de infratores crônicos cometem habitualmente uma variedade de atos anti-sociais graves, como roubar, atear fogo, arrombar casas e automóveis, destruir propriedade, cometer crueldade física e participar de brigas freqüentes e de estupro.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever características que afetam a popularidade dos adolescentes?
- ✓ Discutir características importantes das amizades adolescentes?



Indicador

7.

Quais são as causas básicas do comportamento anti-social e da delinquência juvenil e o que pode ser feito para reduzir esses e outros riscos da adolescência?

**Quadro 12-2****A Epidemia da Violência Juvenil**

Em 20 de abril de 1999, Eric Harris, de 18 anos, e Dylan Klebold, de 17, entraram na Escola de Ensino Médio de Columbine, em Littleton, Colorado, vestindo capas impermeáveis pretas e carregando um rifle, uma pistola semi-automática, duas espingardas de cano serrado e mais de 30 bombas caseiras. Rindo e zombando, puseram-se a atirar contra os colegas, matando 12 deles e um professor antes de se matarem atirando contra si mesmos.

O massacre em Littleton foi um de uma série de incidentes que se somam ao que tem sido chamado de epidemia de violência juvenil. Entre 1985 e 1995, o número de assassinatos com armas de fogo cometidos por jovens nos Estados Unidos aumentou 249% (Federal Bureau of Investigation, 1995).

A prevalência contemporânea de violência juvenil tem sido atribuída a tendências sociais que afetam a atmosfera em que os jovens crescem (Staub, 1996): o aumento do divórcio e da criação por pais solteiros, as mudanças nos papéis dos gêneros, o uso de drogas, o desemprego e a pobreza devido a mudanças econômicas, o preconceito étnico e a discriminação. Alguns estudiosos apontam para a falta de estrutura no lar, para o enfraquecimento de valores e de padrões de orientação, para a disciplina rígida, para o abuso, para a negligência e para o conflito familiar, o qual espelha a violência na sociedade adulta.

Os pais e os professores de Littleton parecem não ter percebido que Harris e Klebold representavam uma séria ameaça, mas psicólogos apontam para possíveis sinais de

alerta que podem evitar futuras tragédias. Adolescentes que tendem a cometer violência costumam recusar-se a ouvir a figuras de autoridade, como os pais e os professores; ignorar os sentimentos e os direitos dos outros, maltratar as pessoas, usar de violência ou de ameaça de violência para resolver problemas e acreditar que a vida tratou-os de maneira injusta. Tendem a se sair mal na escola, cabular aula ou faltar à escola, a sofrer suspensão ou abandonar os estudos, a utilizar álcool, inalantes e/ou drogas, a unir-se a gangues e a brigar, roubar ou destruir propriedades (American Psychological Association and American Academy of Pediatrics [AAP], 1996).

Em três a cada quatro ataques ou assassinatos cometidos por jovens, os perpetradores pertencem a gangues (American Psychological Association, sem data). Para muitos adolescentes, as gangues satisfazem necessidades não-atendidas de identidade, de conexão e de senso de poder e de controle. Para jovens que carecem de relacionamentos familiares positivos, uma gangue pode tornar-se uma família substituta. As gangues promovem uma idéia de "nós-contra-eles"; a violência contra quem não faz parte do grupo é acompanhada pelos laços da lealdade e do apoio dentro da gangue (Staub, 1996).

A violência e o comportamento anti-social possuem raízes na infância. Crianças de 8 anos que são extraordinariamente agressivas na escola tendem a ser anti-sociais na adolescência e na idade adulta (American Psychological Association Commission on Violence and Youth, 1994). Crianças criadas em



Estas moças de 16 anos consolam-se mutuamente em uma vigília para as vítimas de um tiroteio praticado por adolescentes armados na Escola de Columbine, em Littleton, Colorado, em 20 de abril de 1999. Este e outros tiroteios fazem parte do que tem sido chamado de epidemia de violência juvenil.



um ambiente de rejeição ou de coerção, ou em um ambiente excessivamente permissivo ou caótico, tendem a apresentar comportamento agressivo, e a hostilidade que provocam nos outros aumenta sua própria agressividade. Sua auto-imagem negativa impede-as de serem bem-sucedidas na escola ou de desenvolver outros interesses construtivos, e elas geralmente se associam a amigos que reforçam suas atitudes e seu comportamento anti-social (Staub, 1996). Jovens que são impulsivos ou destemidos, ou que têm baixo QI ou problemas de aprendizagem, podem também ser propensos à violência. Rapazes que moram em bairros pobres e instáveis têm grande tendência a se envolver em violência - um dos motivos pelos quais o incidente em Columbine, escola de uma área residencial de classe média, foi tão chocante (American Psychological Association, sem data).

É claro que nem todos os jovens que crescem em circunstâncias difíceis tornam-se violentos. Entre os fatores que contribuem para a resiliência (consultar o Capítulo 10) incluem modelos adultos positivos, laços íntimos e de confiança com os pais ou outros adultos, relacionamentos de apoio com professores e pares, desenvolvimento de auto-estima e de própria eficácia, fortes habilidades sociais, capacidade de se refugiar em *hobbies*, trabalho ou interesses criativos e senso de controle sobre sua própria vida (American Psychological Association, sem data).

Os adolescentes são mais propensos à violência se tiverem presenciado ou sido vítima de violência, como por maltrato físico ou por brigas de rua. A exposição constante à violência na mídia tem impacto significativo por dessensibilizar os espectadores à violência e por representar situações em que a agressão é recompensada ou justificada (American Psychological Association, sem data; Strasburger e Donnerstein, 1999; ver

Capítulo 10). Vinte por cento dos vídeos de música contêm violência explícita, e 25% dos programas mostram porte de armas (DuRant et al., 1997). A contribuição da mídia para a violência na vida real foi estimada em 5 a 15% (Strasburger e Donnerstein, 1999).

Felizmente, apesar de tragédias ocasionais amplamente divulgadas, como a de Littleton, existem indícios de que a epidemia de violência juvenil esteja arrefecendo. Entre 1991 e 1997, o percentual de estudantes do ensino médio em todo o país que informaram ter uma arma diminuiu em 30%, caindo de cerca de 26% para em torno de 18%. Também houve reduções nos confrontos e nos danos físicos informados pelos próprios jovens (Brener, Simon, Krug e Lowry, 1999).

Programas preventivos bem-sucedidos têm ajudado os pais a reduzir o estresse da criação dos filhos (American Psychological Association, sem data) e fornecido treinamento em habilidades de socialização. Práticas de aprendizagem cooperativa nas escolas e educação multicultural podem criar um sentido de comunidade e reduzir a mentalidade do "nós-contra-eles". Dar aos jovens responsabilidades sérias e a oportunidade de participar da criação de regras pode ajudá-los a compreender como o comportamento individual afeta o grupo (Staub, 1996). Algumas sugestões específicas e práticas para pais de crianças com mais idade e de adolescentes são limitar e monitorar o hábito de assistir à televisão, estimular a participação nos esportes e em outras atividades supervisionadas após a escola, utilizar métodos não-físicos de disciplina, como proibição de sair, guardar armas de fogo descarregadas e travadas e ensinar os jovens a se oporem à violência quando a vêem (American Psychological Association e AAP, 1996).

Infratores crônicos são responsáveis pela maioria dos crimes juvenis e tendem a continuar sua atividade criminosa quando adultos (Yoshikawa, 1994). Adolescentes que eram agressivos ou envolviam-se em encrencas quando eram mais jovens - mentindo, faltando à escola, roubando ou tirando notas baixas na escola - apresentam maior tendência do que outros jovens a se tornarem delinquentes crônicos (Loeber e Dishion, 1983; Yoshikawa, 1994).

Como "comportamentos problemáticos" transformam-se em delinquência crônica - resultado que Jackie Robinson conseguiu evitar? A pesquisa aponta para padrões precoces de interação entre pais e filhos que preparam o caminho para a influência negativa dos pares, a qual reforça e promove o comportamento anti-social. As características do bairro também contribuem.

Influências Parentais

As práticas de criação ajudam a formar um comportamento pró-social ou anti-social por atenderem ou deixarem de atender às necessidades emocionais básicas das crianças (Krevans e Gibbs, 1996; Staub, 1996). Pais de delinquentes crônicos costumam não ter reforçado o bom comportamento no início da infância e eram duros ou inconsistentes, ou ambos, na punição por mau comportamento. Ao longo dos anos esses pais não estiveram íntima e positivamente envolvidos na vida de seus filhos (Patterson, DeBaryshe e Ramsey, 1989). As crianças podem vingar-se através de comportamento anti-social: quando "aprontam" podem ganhar atenção ou fazer as coisas do seu jeito.

Uma criação ineficaz tende a continuar na adolescência. O comportamento anti-social nessa idade está intimamente relacionado com a tolerância e com a incapacidade dos pais de acompanhar as atividades de seus filhos (Patterson e Stouthamer-Loeber, 1984). Um estudo longitudinal de 132 famílias brancas constatou que o modo como as mães comunicam-se com os jovens adolescentes sobre questões como manter o quarto limpo, por exemplo, pode prever se ele ou ela irá se envolver em comportamento delinqüente grave aos 19 anos. As mais elevadas taxas de encarceramentos e de condenações por crime ocorreram em famílias em que as deficiências na comunicação da mãe e nas habilidades de resolução de problemas estavam aliadas a conflitos parentais, ao divórcio ou à depressão materna (Klein, Forehand, Armistead e Long, 1997).

O comportamento dos adolescentes também pode ser indiretamente influenciado pelo modo como seus amigos são criados. Entre 4.431 alunos de ensino médio de diversas origens étnicas, aqueles cujos amigos descreveram os pais como democráticos eram mais propensos a se sair bem na escola e menos propensos a utilizar drogas ou a se envolver em encrencas com a lei. Isso se somava ao efeito da criação do próprio jovem (Fletcher, Darling, Steinberg e Dornbusch, 1995). Pais democráticos parecem tender a criar adolescentes bem-adaptados, que buscam outros adolescentes bem-adaptados como amigos. Portanto, o grupo de amigos reforça os resultados benéficos de uma boa criação.

Influências dos Pares

Qual a contribuição do grupo de amigos para a delinqüência? Os pais costumam temer que o filho "caia no grupo errado". Jovens que tomam drogas, que abandonam a escola e que cometem atos delinqüentes geralmente fazem tudo isso na companhia de amigos. Entretanto, as crianças geralmente não "caem" em um grupo; elas tendem a buscar amigos semelhantes a si. Jovens anti-sociais tendem a ter amigos anti-sociais, e seu comportamento anti-social aumenta quando eles se associam uns aos outros (Dishion, McCord e Poulin, 1999; Hartup e Stevens, 1999).

Nas primeiras séries, as crianças com problemas de comportamento tendem a se sair mal na escola e não se relacionam com colegas bem-comportados. Jovens impopulares e com mau desempenho acadêmico se atraem e se influenciam mutuamente no sentido de aumentar o mau comportamento (Patterson, Reid e Dishion, 1992). Reunir alunos com habilidades acadêmicas semelhantes na mesma turma pode agravar o problema, mantendo os jovens de mau desempenho e anti-sociais juntos (Dishion, Patterson, Stoolmiller e Skinner, 1991).

Um jovem com tendências moderadas de desvio pode ser empurrado nessa direção por associar-se a amigos desviados. Em um estudo de 868 rapazes em Montreal, os que haviam sido identificados pelos professores aos 11 e 12 anos como moderadamente destrutivos em aula tinham mais chances de serem delinqüentes aos 13 se tivessem amigos que os colegas consideravam altamente agressivos e perturbadores (Vitaro, Tremblay, Kerr, Pagani e Bukowski, 1997).

O modo como os adolescentes anti-sociais conversam entre si constitui uma espécie de "treinamento para desvio". Ao rirem, acenarem ou demonstrarem outras reações positivas à conversa sobre a quebra de regras, reforçam-se mutuamente no comportamento anti-social; os jovens que não apresentam tendências anti-sociais ignoram essa fala. Quando pesquisadores filmaram em videotape discussões de 25 minutos sobre problemas entre 206 rapazes de 13 e 14 anos e seus amigos em Oregon, as conversas caracterizadas por treinamento para desvio prediziam um aumento na probabilidade de delinqüência, no uso de drogas e no comportamento violento aos 15 e 16 anos. Além disso, o treinamento para desvio explicava 35% da variação na desadaptação adulta cinco anos depois (Dishion et al., 1999).

Influências do Bairro

A delinqüência, como o crime adulto, tende a se concentrar em bairros urbanos pobres e superpovoados com edificações dilapidadas, elevadas taxas de desemprego e populações predominantemente minoritárias ou de imigração recente (NRC, 1993a; Yoshikawa, 1994). Entretanto, vizinhos que se unem para exercer um controle social informal -

ficando de olho nos filhos uns dos outros, confrontando adolescentes que ficam parados nas esquinas e assediam transeuntes e exigindo serviços comunitários básicos, como proteção policial e cumprimentos das leis de moradia - podem ajudar a deter a delinquência (Sampson, 1997; Sampson, Raudenbush e Earls, 1997).

Perspectivas a Longo Prazo

A maioria dos delinquentes juvenis não se tornam adultos criminosos; muitos que não são infratores graves simplesmente superam seu desregramento juvenil (Shannon, 1982). A delinquência atinge o auge em torno dos 15 anos e depois diminui, diferentemente do uso de álcool e da atividade sexual, que se tornam mais prevalentes com a idade (ver Figura 11-1). Uma vez que o álcool e a atividade sexual são aceitos na vida adulta, não é de surpreender que, à medida que amadurecem, os adolescentes queiram isso cada vez mais (Petersen, 1993). O comportamento anti-social que não é aceito na idade adulta pode diminuir à medida que a maioria dos adolescentes e de suas famílias se concilia com a necessidade dos jovens de afirmarem sua independência.

Adolescentes de renda média e alta podem experimentar comportamentos problemáticos e depois abandoná-los, mas adolescentes de baixa renda que não vêem alternativas positivas tendem mais a adotar um estilo de vida permanentemente anti-social (Elliott, 1993). Um jovem que vê que as únicas pessoas ricas no bairro são traficantes de drogas podem ser seduzidos a uma vida de crimes.

Pense sobre isso...

- Como a sociedade deveria lidar com jovens infratores?

Impedindo a Delinquência

Uma vez que a delinquência juvenil parece ter origem no início da infância, os esforços preventivos também devem iniciar cedo. Crianças que sofrem de má criação têm menos risco se seus pais obtiverem efetivo apoio comunitário. Programas efetivos atacam os múltiplos fatores de risco que podem levar à delinquência (Yoshikawa; Zigler, Tausig e Black, 1992).

A pesquisa constatou que os adolescentes que participam de certos programas de intervenção na segunda infância tinham menos tendência a se envolver em problemas com a lei (Yoshikawa, 1994; Zigler et al., 1992). Por exemplo, o Projeto Pré-Escolar Perry (ver Capítulos 7 e 9), que se concentrava na preparação das crianças para a escola, tinha um "efeito bola de neve". Os professores das crianças tinham uma atitude mais positiva para com alunos mais bem preparados, as crianças gostavam mais da escola, e elas realizavam mais em séries posteriores. As crianças desenvolviam mais a auto-estima e as aspirações para o futuro, ambas as quais tendiam a impedir o comportamento anti-social. Ainda que os benefícios iniciais sobre o desempenho escolar nem sempre se mantivessem, os formados em Perry apresentavam menos comportamento anti-social na adolescência e no início da idade adulta do que colegas igualmente desfavorecidos (Berrueta-Clement et al., 1985; Berrueta-Clement, Schweinhart, Barnett e Weikart, 1987; Schweinhart et al., 1993).

Outras intervenções na segunda infância que obtiveram significativos resultados a longo prazo na prevenção de comportamento anti-social e de delinquência incluem o Projeto de Pesquisa em Desenvolvimento Familiar de Siracusa, o Projeto de Assistência à Criança de Yale e o Centro de Desenvolvimento de Crianças e Pais de Houston. Todos esses programas eram dirigidos a crianças urbanas de alto risco e duravam pelo menos dois anos durante os primeiros cinco anos de vida. Todos influenciavam as crianças diretamente, através de assistência ou de educação diurna de alta qualidade e, ao mesmo tempo, indiretamente, oferecendo às famílias assistência e apoio conforme suas necessidades (Yoshikawa, 1994; Zigler et al., 1992). Alguns programas ensinavam os pais a disciplinarem e a motivarem seus filhos e a construírem relacionamentos com os professores das crianças (Seitz, 1990).

Nos termos da teoria bioecológica de Bronfenbrenner (ver Capítulo 2), esses programas operavam no mesossistema por influenciarem as interações entre dois ou mais ambientes (o lar e o centro de assistência educacional ou infantil) do qual a criança fazia parte. Os programas também avançavam um passo rumo ao exossistema ao criarem redes parentais de apoio e ao ligarem os pais a provedores comunitários de assistência pré-natal ou pós-natal, de orientação educacional e vocacional

e de outros serviços (Yoshikawa, 1994; Zigler et al., 1992). Com sua abordagem multifacetada, essas intervenções tiveram impacto em vários fatores de risco para a delinquência.

Um programa preventivo para estudantes da 1ª a 6ª séries em áreas multiétnicas de alta criminalidade de Seattle reduziu significativamente o comportamento criminoso adolescente, bem como o consumo excessivo de bebidas e a atividade sexual. Em lugar de atacar esses problemas diretamente, o programa ofereceu a professores, pais e alunos treinamento em habilidades destinadas a promover as competências acadêmicas e sociais dos jovens, além de seu vínculo com a escola. Os professores aprenderam métodos de ensino e habilidades de manejo da sala de aula para promover a aprendizagem cooperativa. Os pais aprenderam a gerenciar o comportamento das crianças e a ajudá-las a serem bem-sucedidas na escola. As crianças aprenderam a resolver os problemas com os amigos sem recorrer à agressão e a resistir à pressão negativa dos amigos - a não se envolver em brincadeiras sem perder os amigos. Seis anos depois, aos 18 anos, os jovens que estavam no programa tinham uma probabilidade 19% menor do que um grupo-controle de terem cometido atos violentos. Eles também tinham 38% menos chances de beber em demasia, 13% menos chances de terem tido relações sexuais, 19% menos chances de terem tido múltiplos parceiros e 35% menos chances de terem engravidado ou causado gravidez (Hawkins et al., 1999).

As intervenções também precisam ser dirigidas a crianças com mais idade. Além de identificar as características de adolescentes problemáticos, é importante encontrar modos de reduzir a exposição dos jovens a ambientes de alto risco que encorajam o comportamento anti-social. Um modo de fazer isso é monitorar as atividades dos adolescentes, especialmente após a escola, nas noites dos fins de semana e no verão, quando tendem a ficar ociosos e a se envolver em brincadeiras. Como demonstra a experiência de Jackie Robinson, envolver os adolescentes em atividades construtivas durante seu tempo livre pode pagar dividendos de longo alcance (Larson, 1998). Treinar os pais pode ajudar (Dishion et al., 1999), especialmente em famílias que estão passando por conflito parental, por divórcio ou por depressão (Klein et al., 1997). Alguns programas ajudaram ensinando aos delinquentes habilidades sociais e vocacionais (NRC, 1993a).

Entretanto, intervenções dirigidas à promoção de atitudes pró-sociais no grupo de amigos podem ter um efeito inverso por inadvertidamente oferecerem maiores oportunidades de treinamento para desvio. Em um experimento, adolescentes de alto risco randomicamente encaminhados a uma intervenção concentrada nos pares apresentaram maiores aumentos subsequentes de tabagismo, de comportamento agressivo em sala de aula e de delinquência quando comparados a grupos encaminhados a um treinamento focalizado nos pais ou a nenhum treinamento especial. Os resultados não foram melhores para adolescentes submetidos tanto à intervenção focalizada nos pais como à focalizada nos amigos (Dishion et al., 1999).

Felizmente, a grande maioria dos adolescentes não se envolve em problemas sérios. Os que de fato apresentam comportamento perturbado podem - e devem - ser ajudados. Com amor, com orientação e com apoio, os adolescentes podem evitar riscos, tirar proveito de suas qualidades e explorar suas possibilidades à medida que se aproximam da vida adulta.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar como influências parentais, dos amigos e do bairro podem promover ou impedir o comportamento anti-social e a delinquência juvenil?
- ✓ Dar exemplos de programas que obtiveram êxito na prevenção de delinquência e de outros comportamentos de risco?

Existe um "Adolescente Universal"?

Em que medida o mundo psicossocial da adolescência varia em culturas tão diversas como as da Austrália e de Bangladesh? Será que a revolução nas comunicações está tornando o mundo uma "aldeia global" e destruindo as diferenças culturais entre os jovens que o habitam?

Para responder a perguntas como essas, Daniel Offer e colaboradores (Offer et al., 1988) administraram o Questionário Offer de Auto-Imagem a 5.938 adolescentes em 10 países: Austrália, Alemanha Ocidental, Bangladesh, Estados Unidos, Hungria, Israel, Itália, Japão, Taiwan e Turquia. Os jovens responderam a perguntas sobre cinco aspectos de si mesmos: (1) *identidade psicológica*: controle de impulsos, oscilações no humor e nas emoções e sentimentos em relação a seus corpos, (2) *identidade social*: relações com amigos, atitudes morais e metas educacionais e vocacionais, (3) *identidade sexual*: atitu-



Indicador

Como a adolescência varia entre as culturas e quais são algumas características comuns?



Estes adolescentes israelitas, crescendo em um pequeno país arruinado por tensões internas e cercado de vizinhos hostis, tiveram experiências muito diferentes das dos adolescentes norte-americanos. Entretanto, Daniel Offer e colaboradores encontraram semelhanças básicas de auto-imagem entre os adolescentes deste e de outros países no mundo inteiro.

des em relação à sexualidade e ao comportamento sexual, (4) *identidade familiar*, sentimentos em relação aos pais e à atmosfera domiciliar e (5) *identidade de enfrentamento*: capacidade de lidar com o mundo.

Os pesquisadores descobriram pontos em comum entre as culturas em cada uma das cinco "identidades", principalmente nas identidades familiar, social e de enfrentamento. Cerca de 90% dos adolescentes de todos os países tinha sentimentos positivos em relação aos pais, valorizavam o trabalho e a amizade e tentavam aprender com os fracassos. Houve menor regularidade em relação às áreas psicológicas e sexuais, nas quais circunstâncias socioeconômicas e costumes locais eram mais fundamentais. Contudo, em geral, esses "adolescentes universais" consideravam-se felizes, sentiam-se capazes de enfrentar a vida, de tomar decisões e de exercer o autocontrole, preocupavam-se com os outros e gostavam de estar e de aprender com eles, gostavam de um trabalho bem feito, sentiam-se confiantes em relação à sua sexualidade, não nutriam mágoas contra seus pais, consideravam que seus pais tinham um bom relacionamento na maior parte do tempo e esperavam poder assumir a responsabilidade por si mesmos quando se tornassem mais velhos. De modo geral, os pesquisadores consideraram que pelo menos 73% da amostra total tinha uma "auto-imagem adolescente saudável" (p. 124).

Os adolescentes de todos os países mostraram forças e fraquezas; em nenhum dos países os adolescentes eram mais bem ou mal adaptados em todos os aspectos. Em Bangladesh, um dos países mais pobres do mundo, até mesmo adolescentes de classe média tinham pouco controle de impulsos, sentiam-se sós, tristes e vulneráveis e tinham uma má imagem corporal. Também foram os que expressaram mais problemas com os amigos e apresentaram a taxa mais elevada de depressão (48%). Em Taiwan, onde ainda existem tabus sexuais tradicionais, um grande número de jovens pareciam ter medo de sexo ou sentiam-se inibidos em relação a isso. Por outro lado, jovens de Bengala e de Taiwan pareciam superiores no prazer em resolver problemas difíceis e na disposição em descobrir como lidar com novas situações. Quanto mais baixa a produção econômica de um país e quanto maior a proporção de adolescentes que precisam competir por vagas de estudo e trabalho, menos positivo era o tom emocional e os relacionamentos dos adolescentes com os amigos.

Algumas diferenças consistentes entre as culturas apareceram no que se refere ao sexo e à idade. Adolescentes mais velhos eram menos autoconscientes do que adolescentes mais jovens, além de mais dispostos a aprender com os outros e mais capazes de aceitar críticas sem ressentimento. Os adolescentes mais velhos também sentiam-se mais à vontade com sua sexualidade e eram mais realistas em sua opinião sobre os relacionamentos familiares.

Os rapazes sentiam-se mais seguros de si mesmos do que as moças, menos receosos da competição, com maior controle sobre suas emoções, mais orgulho de seus corpos e mais interessados em sexo. As moças eram mais empáticas, zelosas e socialmente responsáveis, além de mais comprometidas com o trabalho e com os estudos. De modo semelhante, em questionários respondidos por 154 rapazes e 119 moças que cursavam o ensino médio na Turquia, os rapazes tendiam a se avaliarem em termos de atributos físicos e de capacidades cognitivas, ao passo que as moças davam ênfase ao altruísmo e às habilidades sociais e de comunicação (Yildirim, 1997).

Offer e colaboradores atribuíram a "surpreendente unidade da experiência adolescente" nas diversas culturas sobretudo à mídia, a qual dá aos jovens uma "consciência coletiva" do que está acontecendo na vida uns dos outros no mundo inteiro (Offer et al., 1988, p. 114). Através do olho da televisão, os adolescentes vêem a si mesmos como parte da cultura mundial.

Precisamos ser cautelosos para fazer generalizações excessivamente amplas a partir dessas descobertas. As amostras incluíam apenas jovens que freqüentam a escola, em sua maioria urbanos ou suburbanos e de classe média. Além disso, algumas das perguntas do questionário podem ter assumido significados um pouco diferentes ao serem traduzidos. Não obstante, esse estudo traça um quadro fascinante dos aspectos universais e não tão universais da adolescência.

As mudanças normais de desenvolvimento nos primeiros anos de vida são sinais evidentes e dramáticos de crescimento. O bebê deitado no berço torna-se uma criança ativa e exploradora. A criança pequena ingressa e acolhe os mundos da escola e da so-

cidade. O adolescente, com um novo corpo e uma nova consciência, prepara-se para ingressar na idade adulta.

O crescimento e o desenvolvimento não param repentinamente após a adolescência. As pessoas mudam em muitos aspectos durante o início, o meio e o fim da idade adulta, como veremos no restante deste livro.

Resumo

A Busca de Identidade

Indicador 1. Como os adolescentes formam uma identidade?

- Uma preocupação central durante a adolescência é a busca de identidade, a qual possui componentes ocupacionais, sexuais e relativos a valores. Erik Erikson descreveu a crise psicossocial da adolescência como o conflito de **identidade versus confusão de identidade**. A "virtude" que deve resultar dessa crise é a **fidelidade**.
- James Marcia, em pesquisa baseada na teoria de Erikson, descreveu quatro estados de identidade com diferentes combinações de **crise e de comprometimento**: conquista de identidade (crise que leva ao comprometimento), **pré-fechamento** (comprometimento sem crise), **moratória** (crise ainda sem comprometimento) e **difusão de identidade** (nenhum comprometimento, nenhuma crise).
- Os pesquisadores discordam quanto ao fato de se moças e rapazes tomam rumos distintos para a formação de identidade. Algumas pesquisas sugerem que a auto-estima das moças tende a diminuir na adolescência, mas pesquisas posteriores não apóiam esse achado.
- A etnicidade é uma parte importante da identidade, especialmente entre adolescentes minoritários.
- Segundo David Elkind, o desenvolvimento saudável e estável da identidade ocorre através de um lento processo de diferenciação e de integração. Ao contrário disso, muitos jovens hoje em dia desenvolvem uma **identidade de colcha de retalhos**, que é altamente vulnerável ao estresse e à influência externa.

Sexualidade

Indicador 2. O que determina a orientação sexual?

- A **orientação sexual - heterossexual, homossexual ou bissexual** - parece ser influenciada por uma interação de fatores biológicos e ambientais e pode ser, pelo menos em parte, genética.

Indicador 3. Que atitudes e práticas sexuais são comuns entre os adolescentes e o que leva alguns adolescentes a praticar o sexo de alto risco?

- As atitudes e os comportamentos sexuais são mais liberais do que no passado. Existe uma maior aceitação de atividade sexual antes do casamento e da homossexualidade e tem ocorrido um declínio do duplo padrão.
- A atividade sexual dos adolescentes envolve riscos de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis. Os adolescentes em maior risco são os que iniciam a atividade sexual cedo, possuem múltiplos parceiros, não utilizam preservativos e são mal-informados sobre sexo.

Indicador 4. O quão comuns são as doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez na adolescência e quais são os desfechos usuais?

- As **doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)** tornaram-se muito mais comuns desde a década de 1960; as taxas nos Estados Unidos são as mais altas do mundo industrializado. Um a cada três casos ocorre entre adolescentes. As DSTs tendem mais a ocorrer e não serem detectadas nas mulheres do que nos homens e nos adolescentes do que em adultos.
- As taxas de gravidez e de natalidade em adolescentes dos Estados Unidos diminuíram durante a década de 1990. Na maioria desses nascimentos, as mães são solteiras. A gravidez e a criação de filhos na adolescência, muitas vezes, têm consequências negativas sobre a saúde. As mães adolescentes e suas famílias tendem a sofrer dificuldades financeiras, e as crianças costumam sofrer com uma criação inadequada.

Relacionamentos com Família, com os Pares e com a Sociedade Adulta

A "rebelia adolescente" é algo típico?

- Embora os relacionamentos entre os adolescentes e seus pais nem sempre sejam tranquilos, a **rebelia adolescente** total não parece comum, e pais e filhos adolescentes costumam ter valores semelhantes.

Indicador 6. Como os adolescentes relacionam-se com os pais, com os irmãos e com os amigos?

- Os adolescentes passam uma quantidade de tempo cada vez maior com os amigos, mas os relacionamentos com os pais continuam sendo próximos e influentes.
- O conflito com os pais tende a ser mais freqüente durante a adolescência inicial e mais intenso na metade da adolescência. A criação democrática está associada com os resultados mais positivos.
- O efeito do emprego da mãe sobre o desenvolvimento dos adolescentes depende de fatores como a afetuosidade da mãe e a satisfação com seu papel, o estresse em casa e no trabalho e se a mãe trabalha em tempo integral ou em turno parcial. Os efeitos do divórcio e da criação só pelo pai ou pela mãe podem ser menos graves do que se acreditava e podem depender de circunstâncias individuais. O estresse econômico afeta os relacionamentos tanto em famílias intactas como nas constituídas só de pai ou mãe.
- Os relacionamentos com os irmãos tendem a se tornar mais igualitários e mais distantes durante a adolescência.
- O grupo de pares pode ter influências tanto positivas como negativas. Os jovens que são rejeitados pelos amigos tendem a ter mais problemas de adaptação.

- As amizades, especialmente entre as moças, tornam-se mais íntimas e solidárias na adolescência.

Indicador 7. Quais são as causas básicas do comportamento anti-social e da delinquência juvenil e o que pode ser feito para reduzir esses e outros riscos da adolescência?

- A maioria dos delinquentes juvenis torna-se cumpridora da lei na idade adulta. A delinquência crônica está associada a múltiplos fatores de risco, que incluem a criação inadequada, o fracasso escolar, a influência dos amigos e a baixa condição so-

cioeconômica. Os programas que combatem esses fatores de risco em idade precoce têm tido êxito.

Existe um "Adolescente Universal"?

Indicador 8. Como a adolescência varia entre as culturas e quais são algumas características comuns?

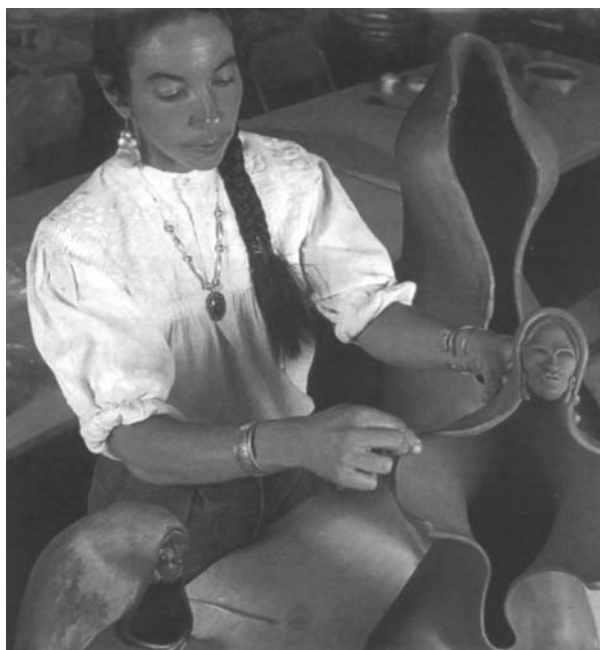
- Pesquisas interculturais descobriram notáveis pontos em comum na auto-imagem, nas atitudes e na capacidade de enfrentamento dos adolescentes. Existe menos regularidade nas áreas psicológica e sexual. Existem diferenças de gênero e de idade entre as culturas.

Palavras-Chave

identidade <i>versus</i> confusão de identidade (477)	pré-fechamento (480)	homossexual (483)
estados de identidade (479)	moratória (480)	bissexual (483)
crise (479)	difusão de identidade (481)	doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) (485)
comprometimento (479)	identidade de colcha de retalhos (483)	rebeldia adolescente (493)
conquista de identidade (480)	orientação sexual (483)	
	heterossexual (483)	

Parte Seis

O Jovem Adulto



*H*ouve um tempo em que os cientistas do desenvolvimento consideravam o período do final da adolescência ao início da velhice como um platô relativamente tranquilo, mas a pesquisa nos diz que isso não é verdade. Crescimento e declínio ocorrem durante toda a vida, em um equilíbrio diferente para cada indivíduo. As escolhas e os eventos durante o início da idade adulta (que aqui definimos aproximadamente como o período entre 20 e 40 anos) estão muito relacionados com o modo de alcançar esse equilíbrio.

Durante essas duas décadas, os seres humanos constroem a base para grande parte de seu posterior desenvolvimento. Esse é o período em que as pessoas costumam sair da casa dos pais, iniciar sua vida profissional, casar-se ou formar outros relacionamentos íntimos, ter e criar filhos e começar a contribuir significativamente para suas comunidades. Elas tomam decisões que afetarão o resto de suas vidas - sua saúde, sua felicidade e seu sucesso.

Durante a idade adulta inicial, como durante toda a vida, todos os aspectos do desenvolvimento - físico, cognitivo e psicossocial - interligam-se. Nos Capítulos 13 e 14, veremos, por exemplo, como a renda, a educação e o estilo de vida - até mesmo o estado civil - influenciam a saúde, como as emoções podem desempenhar um papel na inteligência e como as pressões no local de trabalho podem afetar a vida familiar.

Conexões a Procurar

- O conhecimento sobre a saúde influencia a condição física dos adultos.
- O desenvolvimento cognitivo e moral reflete a experiência de vida.
- A tipificação de gênero pode influenciar a escolha da profissão por parte das mulheres e a utilização de seus talentos.
- A revolução de gênero reduziu as diferenças na trajetória de vida e nos padrões de saúde de homens e mulheres.
- A esterilidade pode ocasionar problemas conjugais.
- As pessoas que não têm amigos ou família são mais propensas a adoecer e a morrer.

O Jovem Adulto: *Uma prévia*



Capítulo 13

Desenvolvimento Físico e Cognitivo no Jovem Adulto

A condição física atinge o auge, depois declina ligeiramente.

As escolhas de estilo de vida influenciam a saúde.

As capacidades cognitivas e os julgamentos morais assumem maior complexidade.

Escolhas educacionais e profissionais são feitas.



Capítulo 14

Desenvolvimento Psicossocial no Jovem Adulto

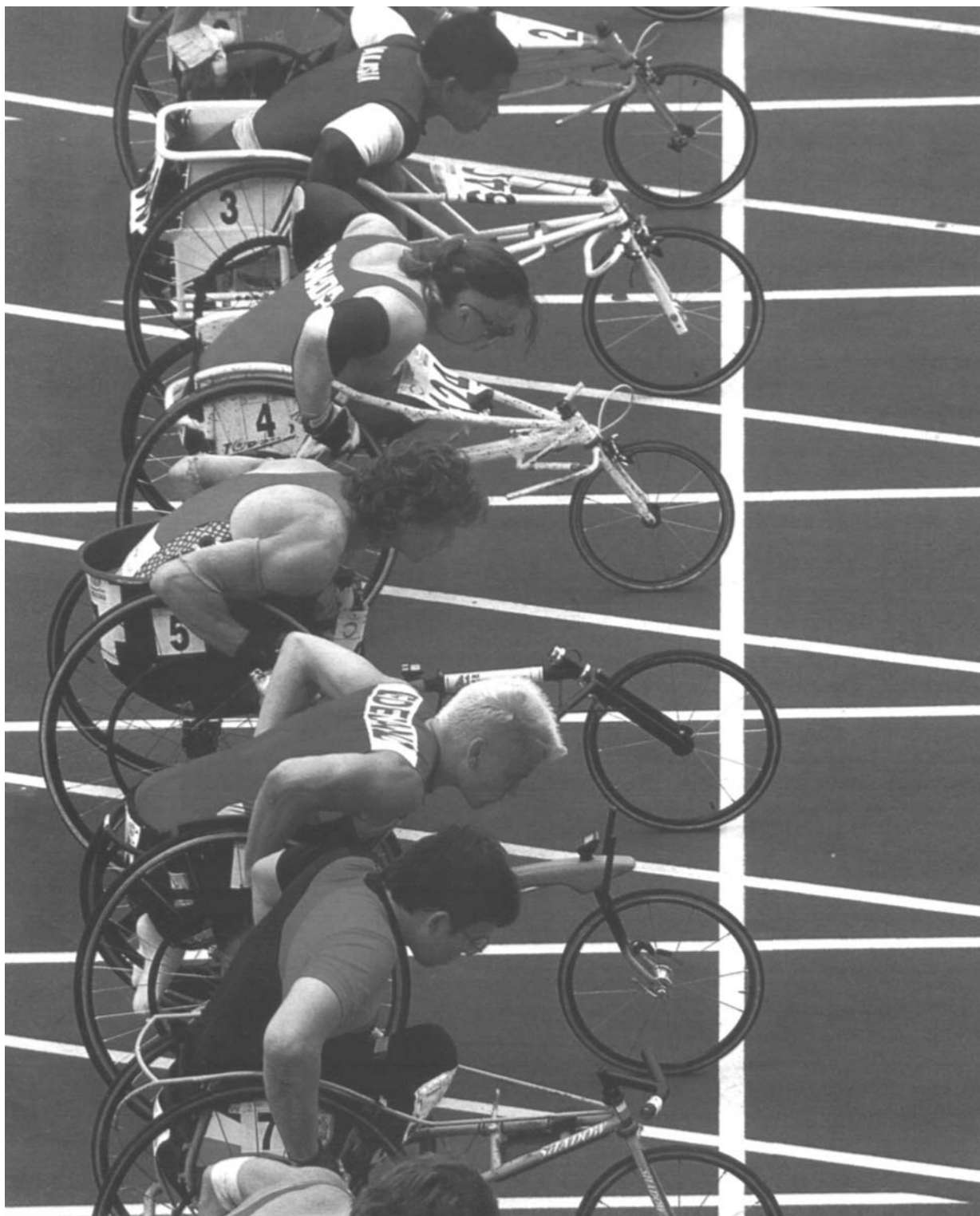
Os traços e os estilos de personalidade tornam-se relativamente estáveis, mas as mudanças de personalidade podem ser influenciadas pelos estágios e pelos fatos de vida.

Toma-se decisões sobre os relacionamentos íntimos e os estilos pessoais de vida.

A maioria das pessoas casa-se e tem filhos.

Capítulo 13

Desenvolvimento Físico e Cognitivo no Jovem Adulto



*S*e... felicidade é a ausência de febre, então jamais irei conhecer a felicidade. Pois sou possuída por uma febre de conhecimento, de experiência e de criação.

*Diário de Anais Nin (1931-1934),
escrito quando ela tinha entre 28 e 31 anos*



Arthur Ashe

Foco: **Arthur Ashe, Campeão de Tênis***

O campeão de tênis Arthur Ashe (1943-1993) foi um dos mais respeitados atletas de todos os tempos. "Magro, leitor inveterado, usando óculos" (Finn, 1993, p. BI), Ashe era conhecido por seu jeito calmo e nobre dentro e fora das quadras; não questionava as decisões do juiz, não tinha acessos de raiva e nem depreciava os adversários.

Único negro a vencer o torneio de Wimbledon e os Abertos dos Estados Unidos e da Austrália, Ashe cresceu em Richmond, Virgínia, onde começou a jogar em quadras públicas segregadas. Em 1955, o rapaz não foi aceito para um torneio de tênis daquela cidade por causa de sua raça. Como única estrela negra em um esporte dominado por brancos, Ashe era alvo de intolerância, mas seu pai, um guarda de parque, havia lhe ensinado a manter sua compostura e a canalizar seus impulsos agressivos para o jogo.

Ashe sentia responsabilidade por usar seus talentos físicos naturais e reputação de estrela para combater o racismo e melhorar as oportunidades para jovens desfavorecidos. Ele dirigia escolas de tênis e ajudou a estabelecer programas de tênis para jovens pobres. Depois de ter seu visto recusado duas vezes para participar no Aberto da África do Sul, finalmente obteve permissão para competir em 1973 e novamente em 1974 e 1975. Apesar do rígido sistema de *apartheid* de segregação racial na África do Sul, insistiu na dessegregação do público durante suas partidas.

Ashe continuou a trabalhar contra o *apartheid*, em geral silenciosamente, nos bastidores. Acusado de subserviência por militantes enfurecidos que gritavam enquanto ele fazia um discurso, ele educadamente os repreendeu: "O que vocês esperam conseguir ao se entregarem à paixão e à injúria e abrirem mão das altas bases morais que são as únicas que podem lhes levar à vitória?" (Ashe e Rampersad, 1993, p. 117 e 118). Alguns anos depois, Ashe foi preso em um protesto em frente à embaixada da África do Sul em Washington, D. C. Sentiu tremendo orgulho quando viu Nelson Mandela, o símbolo de oposição ao *apartheid*, ser libertado em 1990, desfilando em um carro em uma parada pelas ruas da cidade de Nova York. Mas Ashe não viveria o suficiente para ver Mandela tornar-se presidente da África do Sul.

Em 1979, aos 36 anos, no auge de uma carreira brilhante, Ashe tinha sofrido o primeiro de uma série de enfartes e tinha sido submetido a uma cirurgia quádrupla de desvio. Obrigado a se aposentar dos esportes competitivos, trabalhou por cinco anos como capitão da equipe norte-americana da Copa Davis. Em 1985, ainda um jovem adulto, foi incluído no Hall da Fama do Tênis.

Em uma manhã de 1988, Ashe acordou sem conseguir mexer o braço direito. Deram-lhe duas opções: submeter-se a uma cirurgia cerebral imediatamente ou esperar para ver. Ele optou por agir. Exames preparatórios de sangue indicaram que ele era HIV positivo, provavelmente devido a uma transfu-

S U M Á R I O

FOCO: Arthur Ashe,
Campeão de Tênis

DESENVOLVIMENTO FÍSICO

Aspectos do Desenvolvimento Físico e da Saúde

Condições de Saúde
Influências Comportamentais
sobre a Saúde e sobre a Boa
Forma
Influências Indiretas sobre a Saúde
e sobre a Boa Forma
Questões Sexuais e Reprodutivas

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Perspectivas sobre a Cognição Adulta

Além de Piaget: A Transição para o
Pensamento Pós-formal
Schaie: Um Modelo de
Desenvolvimento Cognitivo para
Toda a Vida

Sternberg: Discernimento e
Conhecimento Prático

Inteligência Emocional
Desenvolvimento Moral

Viver e Aprender: O Papel da
Experiência na Teoria de
Kohlberg

A Teoria de Gilligan: O
Desenvolvimento Moral das
Mulheres

Educação e Trabalho

Desenvolvimento Cognitivo no
Ensino Superior
Complexidade Cognitiva do
Trabalho

Trabalho e Idade
Educação no Local de Trabalho e
Alfabetização de Adultos
Questões sobre Igualdade de
Oportunidades

*As fontes de informação sobre a vida de Arthur Ashe foram Ashe e Rampersad (1993), Finn (1993) e Witteman (1993).

são de sangue feita durante a cirurgia no coração cinco anos antes. A cirurgia revelou uma infecção parasítica ligada à AIDS, e o vírus havia evoluído para a própria AIDS. Como um atleta que está perdendo, mas que ainda está no jogo, Ashe não quis entrar em pânico nem desistir. Utilizando a melhor assistência médica, optou por fazer tudo que pudesse para combater sua doença. Também optou por manter silêncio em relação a ela - em parte para proteger a privacidade da família e em parte porque, como ele insistia, "Eu não estou doente". Ele jogava golfe, fazia palestras, escrevia colunas para o *Washington Post*, era comentarista de televisão para as redes HBO e ABS sports e compôs uma história, em três volumes, dos atletas afro-americanos.

Em 1992, advertido de que o *USA Today* planejava revelar seu segredo, Ashe convocou uma entrevista coletiva e declarou que tinha AIDS. Tornou-se um infatigável líder do movimento para pesquisa sobre a AIDS, criando uma fundação e lançando uma campanha de arrecadação de 5 milhões de dólares.

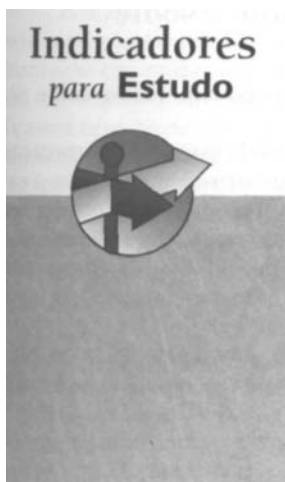
Ashe morreu de pneumonia relacionada à AIDS em 1993, aos 49 anos. Pouco tempo antes, havia resumido sua situação em seu costumeiro estilo: "Sou um homem afortunado e abençoado. Fora a AIDS e a doença cardíaca, eu não tenho problemas" (Ashe e Rampersad, 1993, p. 328). j

modo característico de Arthur Ashe de lidar com os problemas ou com a intolerância era o de enfrentá-los como a um adversário na quadra de tênis: com graça, determinação, convicção moral e serenidade quando criticado. Repetidamente, fez da adversidade uma oportunidade. Arthur Ashe era uma pessoa de "poder fazer".

Mesmo para aqueles que carecem das extraordinárias habilidades atléticas de Ashe, o início da idade adulta é normalmente um período de "poder fazer". Nessa idade, a maioria das pessoas está por sua própria conta pela primeira vez, montando e administrando casas e testando-se em suas escolhas. Todos os dias elas testam e expandem suas capacidades físicas e cognitivas. Elas se deparam com o "mundo real" e encontram soluções para os problemas do cotidiano. Tomam decisões que ajudam a determinar sua saúde, sua carreira e os tipos de pessoas que desejam ser. Para algumas, contudo, especialmente aquelas que não prosseguem nos estudos nem adquirem habilidades comercializáveis, esse pode ser um período de tropeços.

Neste capítulo, examinaremos o funcionamento físico dos adultos, que geralmente está em seu auge, e assinalaremos fatores que podem afetar a saúde na idade adulta e em momentos posteriores. Depois, discutiremos aspectos da inteligência que passam ao primeiro plano na idade adulta e como a educação pode estimular o crescimento cognitivo. Examinaremos as trajetórias para a maturidade moral. Por fim, discutiremos uma das tarefas mais importantes durante esse período: ingressar no mundo do trabalho.

Depois de ler e de estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. Em que condição física encontra-se o típico jovem adulto e como o estilo de vida, o comportamento e outros fatores afetam a saúde e o bem-estar no presente e no futuro?
2. Quais são algumas questões sexuais e reprodutivas nessa época da vida?
3. O que distingue o pensamento e a inteligência adulta?
4. Como se desenvolve o julgamento moral e a fé?
5. Como a educação superior e o trabalho afetam o desenvolvimento cognitivo?
6. Como a idade influencia o desempenho no trabalho e as atitudes em relação a ele?
7. Como a educação continuada pode ajudar adultos a atender às demandas do local de trabalho?
8. Como a etnicidade e o gênero afetam a realização educacional e a profissional?

Desenvolvimento Físico

Aspectos do Desenvolvimento Físico e da Saúde

Os adultos jovens geralmente acham suas capacidades físicas e boa saúde algo normal. Mas é na idade adulta jovem que se assenta a base para o funcionamento físico de todo o restante da vida. O que os jovens adultos comem, o quanto são fisicamente ativos, se fumam, bebem ou utilizam drogas - todos esses fatores contribuem muito para a saúde e para o bem-estar no presente e no futuro.

Como espectador, seu esporte predileto pode ser tênis, basquete, patinação ou futebol. Qualquer que seja ele, a maioria dos atletas para os quais você torce (como Arthur Ashe em sua época) são jovens adultos, pessoas no auge de sua condição física. Adultos jovens geralmente estão no auge da força, da energia e da resistência. Também estão no auge do funcionamento sensorio e motor. Em meados dos 20 anos, a maioria das funções corporais estão plenamente desenvolvidas. A acuidade visual é máxima aproximadamente dos 20 aos 40 anos; e o paladar, o olfato e a sensibilidade à dor e à temperatura geralmente permanecem inalterados até pelo menos os 45 anos. Entretanto, uma gradual perda auditiva, que geralmente começa durante a adolescência, torna-se mais evidente após os 25 anos, especialmente para sons mais agudos.

Condições de Saúde

A maioria dos jovens adultos norte-americanos tem boa saúde. Muitos nunca ficam gravemente doentes ou incapacitados, e a maioria maciça não sofre de problemas ou de deficiências crônicas. Quando os jovens adultos ficam doentes, geralmente é por um resfriado ou por outra doença respiratória, da qual se livram com facilidade.

Uma vez que a maioria dos jovens adultos é saudável, não é surpreendente que os acidentes são a principal causa de morte para norte-americanos de 25 a 44 anos. A seguir vem o câncer, depois a doença cardíaca, seguidos pelo suicídio, pela AIDS e pelo homicídio (Hoyert, Kochanek e Murphy, 1999). As taxas de mortalidade para jovens adultos diminuíram, assim como as taxas de mortalidade para todas as demais faixas etárias, exceto os idosos mais velhos, de mais de 85 anos (Hoyert et al., 1999). O câncer, a doença cardíaca e os derrames estão diminuindo (Hoyert et al., 1999; USDHHS, 1999b; Wingo et al., 1999). Por outro lado, um número muito grande de adultos - inclusive adultos jovens - têm excesso de peso, não são suficientemente ativos e apresentam comportamento prejudicial à saúde.



Indicador

Em que condição física encontra-se o típico jovem adulto e como o estilo de vida, o comportamento e outros fatores afetam a saúde e o bem-estar no presente e no futuro?



Jogar voleibol exige força, energia, resistência e coordenação motora, e adultos jovens como estes normalmente estão na plenitude de sua condição física.

Influências Comportamentais sobre a Saúde e sobre a Boa Forma

A boa saúde não é apenas uma questão de sorte. As pessoas podem buscar saúde praticando algumas atividades e abstendo-se de outras.

Em um estudo com 7 mil adultos de 20 a 70 anos, a saúde estava diretamente relacionada com diversos hábitos comuns: fazer refeições regularmente, inclusive o café da manhã, sem fazer lanches; comer e praticar exercícios com moderação; dormir regularmente de 7 a 8 horas por noite; não fumar; e beber com moderação. Dez ou mais anos depois, as pessoas que não seguiram esses hábitos de saúde tinham duas vezes mais chances de sofrer de incapacitação do que aquelas que seguiam a maioria ou todos eles (Breslow e Breslow, 1993).

A assistência médica dirigida à prevenção de problemas de saúde pode gerar grandes dividendos. Imunizações regulares e exames preventivos, como mamografias, podem prevenir doenças ou detectá-las nos primeiros estágios, tratáveis.

A ligação entre o comportamento e a saúde aponta para o inter-relacionamento entre os aspectos físicos, cognitivos e emocionais do desenvolvimento. O que as pessoas sabem sobre a saúde influencia o que fazem, e o que fazem influencia como se sentem. Mas conhecer bons hábitos de saúde não é suficiente. A personalidade, as emoções e o ambiente social costumam sobrepujar o que as pessoas sabem que devem fazer e levá-las a um comportamento prejudicial à saúde.

Examinemos diversos fatores de estilo de vida que estão forte e diretamente ligados à saúde e à boa forma: a nutrição e a obesidade, a atividade física e o uso e o abuso de substâncias. (No Capítulo 15, discutiremos a influência do estresse.) Na próxima seção deste capítulo, abordaremos as influências indiretas: a condição socioeconômica, a etnicidade, o gênero e os relacionamentos.

Nutrição

O ditado "Você é o que come" resume a importância da nutrição para a saúde física e mental. O que as pessoas comem afeta sua aparência, como se sentem e sua probabilidade de ficarem doentes.

As pessoas que comem muitas frutas e muitos legumes, os quais aumentam a capacidade antioxidante do sangue (Cao, Booth, Sadowski e Prior, 1998), diminuem sua chance de sofrer de doença cardíaca (Rimm et al., 1996), de derrame (Gillman et al., 1995) e de câncer. Na verdade, seguir uma dieta à base de verduras - aliada à uma vida ativa, mantendo-se em um peso saudável e abstendo-se de fumar - pode reduzir o risco de câncer em até 70%. Apenas ingerir cinco porções de frutas e verduras diariamente pode diminuir o risco em 20% (World Cancer Research Fund e American Institute for Cancer Research, 1997).

Uma dieta rica em gordura animal foi relacionada com câncer de cólon (Willett, Stampfer, Colditz, Rosner e Speizer, 1990). Entretanto, alguns estudos apontam apenas para a gordura da carne vermelha - ou para outros componentes da carne vermelha, como a proteína, o ferro ou substâncias que se tornam carcinogênicas quando cozidas - como os prováveis culpados (Willett, 1994). O consumo de gordura não parece relacionado ao câncer de mama (Holmes et al., 1999), mas parece estar envolvido no câncer de próstata (Giovannucci et al., 1993; Hebert et al., 1998; Willett, 1994; Willett et al., 1992). Um estudo de seis anos com quase 48 mil homens constatou que a ingestão de molhos à base de tomates reduz o risco de câncer de próstata em até 45%. Tomates são ricos em licopeno, antioxidante capaz de proteger contra as doenças (Giovannucci et al., 1995).

Os hábitos alimentares também desempenham um papel importante nas doenças cardíacas - que, como demonstra a história de Arthur Ashe, não se restringe necessariamente à idade avançada. O consumo de gordura aumenta os riscos cardiovasculares, principalmente os níveis de colesterol (Brunner et al., 1997; Matthews et al., 1997). O excesso de colesterol que se deposita nos vasos sanguíneos pode estreitá-los a tal ponto, que o sangue não chega ao coração, provocando um enfarte. Em um estudo de 25 anos com mais de 12 mil homens em cinco países europeus, nos Estados Unidos e no Japão, os níveis de colesterol estavam diretamente relacionados ao risco de morte por doença coronariana (Verschuren et al., 1995). Controlar o colesterol pela dieta e pela medicação pode diminuir significativamente esse risco (Lipid Research Clinics Program, 1984a, 1984b; Scandinavian Simvastatin Survival Study Group, 1994; Shepherd et al., 1995).

O colesterol - aliado às proteínas e aos triglicerídeos (ácidos graxos) - circula pela corrente sangüínea, levado pelas lipoproteínas de baixa densidade (LDL), comumente chamadas de "mau" colesterol. Mais de 50% dos homens norte-americanos de 35 anos ou mais e das mulheres de 45 anos ou mais apresentam níveis excessivamente altos de LDL (Liebman, 1995b). Lipoproteínas de alta densidade (HDL) - comumente chamadas de "bom" colesterol - eliminam o colesterol do sistema. Uma vez que o HDL é protetor, um segredo na prevenção de doença cardíaca é a relação entre colesterol total e HDL. As atuais diretrizes recomendam colesterol total de 200 miligramas por decilitro ou menos e HDL de 35 ou mais. Uma meta mais saudável, segundo alguns cardiologistas, é um HDL de pelo menos 45 para os homens e de 50 para as mulheres, com uma razão de quatro para um do colesterol total para o HDL ("What Is a Healthy Cholesterol Level?" 1998).

Uma forma de diminuir o LDL e o colesterol total é substituir as gorduras saturadas (como as presentes em carnes, queijos, manteiga e leite integral) e as transgorduras (presentes em margarina, bolos, tortas, merengues e alimentos processados feitos com óleo parcialmente hidrogenado) por gorduras poliinsaturadas (soja, milho ou óleo de cártamo). Gorduras monoinsaturadas (azeite de oliva e de canola), que diminuem o LDL, mas que não têm efeito sobre o HDL, são uma escolha ainda melhor (Blackburn, 1999). Também é útil ingerir mais fibras solúveis (presentes na aveia, no feijão, nas frutas e nas verduras), perder peso excessivo, praticar exercícios, beber álcool apenas moderadamente e parar de fumar ("Cholesterol: New Advice", 1993; Liebman, 1995b). Uma análise de 17 estudos randomizados controlados constatou que as intervenções comportamentais podem resultar em reduções modestas do risco cardiovascular que se mantêm por pelo menos de 9 a 18 meses (Brunner et al., 1997). Um tratamento medicamentoso pode ser aconselhável para pessoas cujos níveis de LDL permanecem muito altos, mesmo depois de ajustar a dieta (Adult Treatment Panel II, 1994).

Obesidade

A Organização Mundial da Saúde (OMS) chamou a obesidade de epidemia mundial (WHO, 1998). A obesidade mais do que dobrou no Reino Unido entre 1980 e 1994, e aumentos semelhantes foram descritos no Brasil, no Canadá e em diversos países da Europa, do Oeste do Pacífico, do Sudeste da Ásia e da África (Taubes, 1998). Nos Estados Unidos, quase 18% dos adultos eram obesos em 1998, comparado com 12% em 1991, segundo um levantamento randomizado dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC)* (Mokdad et al., 1999). A obesidade está aumentando em ambos os sexos e em todos os segmentos da população, mas principalmente em pessoas na faixa etária dos 18 aos 29 anos e em pessoas com alguma formação universitária (Mokdad et al., 1999).

O que explica a epidemia de obesidade? Alguns especialistas apontam para a disponibilidade de *fast food* em porções muito grandes, para dietas ricas em gordura, para tecnologias que reduzem o esforço humano e para atividades recreativas sedentárias, como assistir à televisão e utilizar computadores (Brownell, 1998; Hill e Peters, 1998; Taubes, 1998).

Em uma sociedade que valoriza a magreza, o excesso de peso pode trazer problemas emocionais. Além disso, existem os riscos de hipertensão, de doença cardíaca, de derrame, de diabetes, de cálculo biliar e de alguns tipos de câncer (National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 1993; Wickelgren, 1998). Em um estudo longitudinal de 14 anos com mais de 1 milhão de norte-americanos de ambos os sexos, o risco de morte por todas as causas, especialmente por doença cardiovascular, aumentou com o grau de sobrepeso (Calle, Thun, Petrelli, Rodriguez e Heath, 1999). Estima-se que 300 mil mortes anuais devam-se ao excesso de peso, número superado somente pelas 400 mil mortes anuais atribuídas ao fumo. Um estudo de 16 anos com 115.195 enfermeiras constatou que até um aumento moderado de 10 kg após os 18 anos aumenta o risco de morte na meia-idade (Manson et al., 1995).

A obesidade em adultos é medida pelo *índice de massa corporal*, o número de quilos de peso por metro quadrado de altura. Segundo as classificações da OMS, um adulto com um IMC de 25 ou mais está com sobrepeso, e um adulto com um IMC de 30 ou mais está obeso. O levantamento do CDC usou a segunda definição.

Entretanto, não se sabe se esses riscos aumentados devem-se ao próprio sobrepeso ou à inatividade e à falta de boa condição cardiovascular, as quais costumam acompanhar o aumento de peso. E, embora a perda de peso possa reduzir a pressão arterial e o açúcar no sangue e aumentar os níveis de HDL (bom colesterol), ainda não foi comprovado se esses efeitos são duradouros ou se perder peso resulta em uma vida mais longa (Wickelgren, 1998). Em vez de focalizar na perda de peso, portanto, alguns cientistas e alguns médicos defendem tratamentos dirigidos ao aperfeiçoamento da condição metabólica (Campfield, Smith e Burn, 1998). Como o excesso de peso torna-se mais comum com a idade, a prevenção de aumento de peso durante a maturidade através de dieta saudável e de atividade física regular pode ser a abordagem mais prática (Wickelgren, 1998).

Como discutimos nos Capítulos 3 e 9, a tendência para a obesidade pode ser herdada, e essa tendência genética pode interagir com fatores ambientais e comportamentais (Comuzzie e Allison, 1998). Pesquisadores identificaram uma mutação genética em camundongos que pode desorganizar o centro de controle do apetite no cérebro por inibir a produção da proteína *leptina*, que informa ao cérebro que o corpo já comeu o suficiente (Campfield, Smith, Guisez, Devos e Burns, 1995; Halaas et al., 1995; Pelleymounter et al., 1995; Zhang et al., 1994; ver Capítulo 9). Em humanos, o excesso de alimentação pode resultar do fracasso do cérebro em responder aos sinais dessa proteína (Campfield et al., 1998; Travis, 1996). Futuramente, essa pesquisa pode levar à identificação e ao tratamento de pessoas predispostas à obesidade.

Drogas anti-obesidade geralmente funcionam pela supressão do apetite. Uma promissora nova droga, orlistat, agora sob exame, atua inibindo a absorção de gordura (Campfield et al., 1998). Em um estudo clínico randomizado de grande escala por dois anos, o orlistat, aliado a uma dieta controlada, foi modestamente efetivo na eliminação e na manutenção do peso (Davidson et al., 1999). Entretanto, não existe evidência de que drogas possam reduzir os riscos à saúde sem mudanças na dieta e no estilo de vida, e os efeitos a longo prazo dessas drogas são desconhecidos (Williamson, 1999).

A conduta mais saudável para pessoas com excesso de peso - a qual, evidentemente, costuma ser difícil - é perder peso lentamente e, então, manter a perda. Os modos mais efetivos de perder peso são comer menos, diminuir a quantidade de gordura na dieta, utilizar técnicas de modificação do comportamento para mudar os padrões de alimentação e exercitar-se mais (National Task Force, 1993).

Atividade Física

Adultos que são fisicamente ativos colhem muitos benefícios. Além de ajudar a manter o peso corporal ideal, a atividade física forma músculos, fortalece o coração e os pulmões, diminui a pressão arterial, protege contra doenças cardíacas, derrame, diabetes, câncer e osteoporose (adelgaçamento dos ossos que é mais comum em mulheres de meia-idade ou mais velhas, causando fraturas), alivia a ansiedade e a depressão e prolonga a vida (American Heart Association [AHA], 1995; Lee e Paffenbarger, 1992; Lee, Franks, Thomas e Paffenbarger, 1981; McCann e Holmes, 1984; Notelovitz e Ware, 1983; Pratt, 1999).

Até exercícios moderados são benéficos à saúde (Lee, Hsieh e Paffenbarger, 1995; NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health, 1996). A incorporação de mais atividade física à vida cotidiana - por exemplo, caminhar em vez de usar um carro para percorrer distâncias curtas e usar as escadas em vez de elevadores - pode ser tão efetivo quanto exercícios estruturados (Andersen et al., 1999; Dunn et al., 1999; Pratt, 1999).

Manter-se fisicamente ativo pode prevenir a morte precoce. Em um estudo longitudinal com 15.902 homens e mulheres finlandeses de 25 a 64 anos, os que faziam exercícios ocasionalmente tinham menor probabilidade de morrer nos 19 anos seguintes, independentemente de fatores genéticos ou familiares (Kujala, Kaprio, Sarna e Koskenvuo, 1998). Um acompanhamento de cinco anos de quase 10 mil homens constatou uma redução de 44% no risco de mortalidade naqueles que eram sedentários e que haviam adquirido moderado preparo físico (Blair et al., 1995).

Se os adultos - e também as crianças - praticassem 30 minutos de atividade física moderada diariamente, estima-se que 250 mil mortes por ano poderiam ser evitadas,



A atividade física regular traz muitos benefícios. Ela ajuda as pessoas a se sentirem bem e a terem boa aparência, forma músculos, fortalece o coração e os pulmões, regula o peso e protege contra várias doenças.

em sua maioria por doença cardiovascular (NIH Consensus Development Panel, 1996; Pate, Pratt, Blair, Haskell e Macera, 1995). O tempo total de exercício é mais importante do que o tipo, a intensidade ou a continuidade da atividade. Mesmo períodos breves de exercício ao longo do dia podem significar proteção à vida.

Tabagismo

O fumo é a principal causa evitável de morte nos Estados Unidos (AHA, 1995). Ele mata cerca de 400 mil pessoas anualmente e incapacita milhões delas. Quando as vítimas do fumo passivo - inalar a fumaça de outras pessoas - são incluídas no cálculo, o número de mortes pode ultrapassar os 450 mil (Bartecchi, MacKenzie e Schrier, 1995).

A ligação entre fumar e câncer de pulmão está bem estabelecida. Estima-se que o fumo e a exposição à fumaça ambiental sejam responsáveis por cerca de 90% dos casos de câncer nos Estados Unidos (Wingo et al., 1999). O câncer de pulmão é hoje a principal causa de mortes por câncer tanto entre mulheres como entre homens (Hoyert et al., 1999). O fumo também está ligado ao câncer de laringe, de boca, de esôfago, de bexiga, de rim, de pâncreas e do colo do útero; a problemas gastrointestinais, como úlceras; a doenças respiratórias, como bronquite e enfisema; à osteoporose e à doença cardíaca (He, Vupputuri, Prerost, Hughes e Whelton, 1999; Hopper e Seeman, 1994; National Institute on Aging [NIH], 1993; Slemenda, 1994; USD-HHS, 1987). O fumo força o coração. Por comprimir os vasos sanguíneos, o hábito de fumar faz com que o coração bata mais rápido, aumenta a pressão arterial e reduz o suprimento de oxigênio (AHA, 1995). Fumantes têm cinco vezes mais chances do que não-fumantes de sofrer enfartes aos 30 ou 40 anos (Parish et al., 1995).

À medida que os riscos foram sendo conhecidos, o fumo nos Estados Unidos diminuiu mais de 37% desde 1965 (AHA, 1995). Entretanto, a tendência entre pessoas de 18 a 25 anos começou a se inverter (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 1998b), pois o fumo entre estudantes do ensino médio e universitários aumentou (Wechsler, Rigotti, Gledhill-Hoyt e Lee, 1998; Wingo et al., 1999; ver Capítulo 11). Atualmente, cerca de um a cada quatro norte-americanos de 18 anos ou mais é fumante (NCHS, 1998a), assim como o é cerca de uma pessoa a cada três com mais de 15 anos mundialmente (Pianezza, Sellers e Tyndale, 1998).

Considerando-se os riscos de fumar, por que tantas pessoas fumam? Um dos motivos é que fumar vicia. A tendência para a dependência pode ser genética, e genes identificados recentemente podem afetar a capacidade de parar de fumar (Lerman et al., 1999; Pianezza et al., 1998; Sabol et al., 1999). Embora afro-americanos fumem menos do que norte-americanos brancos, eles metabolizam mais nicotina no sangue, são mais sujeitos a câncer de pulmão e têm mais dificuldade para romper o hábito. Possíveis motivos podem ser genéticos, biológicos ou comportamentais (Caraballo et al., 1998; Pérez-Stable, Herrera, Jacob III e Benowitz, 1998; Sellers, 1998).

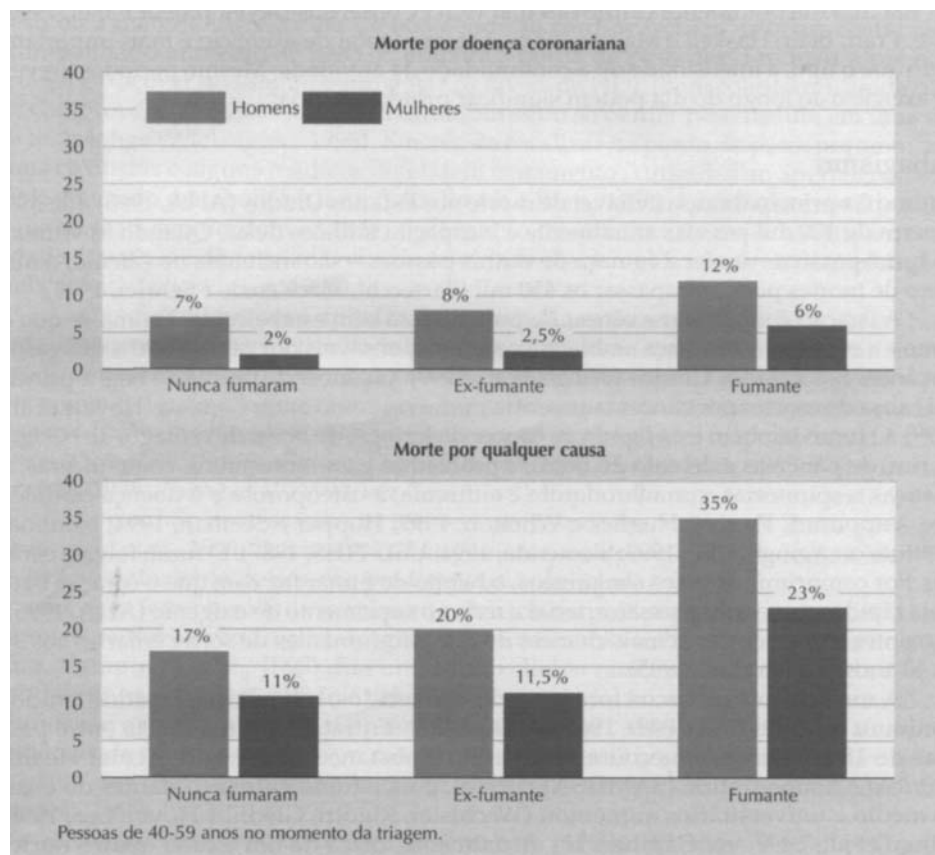
Parar de fumar reduz o risco de doença cardíaca e de derrame (Kawachi et al., 1993; NIA, 1993; Wannamethee, Shaper, Whincup e Walker, 1995). Homens e mulheres que param de fumar praticamente não têm maior risco de enfarte ou de morrer de doença cardíaca dentro de 3 a 20 anos do que os que nunca fumaram (Rosenberg, Palmer e Shapiro, 1990; Stamler, Dyer, Shekelle, Neaton e Stamler, 1993; ver Figura 13-1).

Goma de mascar com nicotina, emplastos de nicotina e aerossóis nasais e inaladores de nicotina, especialmente quando aliados a aconselhamento, podem ajudar pessoas dependentes a ir abandonando o hábito gradual e seguramente (Cromwell, Bartosch, Fiore, Hasselbald e Baker, 1997; Hughes, Goldstein, Hurt e Shiffman, 1999; NIA, 1993). O bupropion, um medicamento antidepressivo, pode aumentar a eficácia do tratamento com emplastos de nicotina (Ferry e Burchette, 1994; Heishman et al., 1998). Contudo, a reposição de nicotina não deve continuar indefinidamente, pois pode ter efeitos tóxicos a longo prazo (Macklin, Maus, Pereira, Albuquerque e Conti-Fine, 1998; Maus et al., 1998). Em um estudo, aliar exercícios vigorosos a um programa cognitivo-comportamental para parar de fumar que não incluía reposição de nicotina dobrou a taxa de êxito do programa (Marcus et al., 1999).

Figura 13-1

Taxas de mortalidade em 20 anos para fumantes, para ex-fumantes e para pessoas que nunca fumaram. Entre 40 mil adultos de 18 a 74 anos, acompanhados durante o período de 1968 a 1973 para identificar fatores de alto risco para doença coronariana, os que haviam parado de fumar eram apenas ligeiramente mais propensos a morrer nos 20 anos seguintes do que os que nunca haviam fumado. Os fumantes tinham taxas de mortalidade muito mais elevadas por doença cardíaca e por todas as outras causas do que os outros dois grupos.

(Fonte: Adaptado de Stamler, Stamler e Garside, sem data.)



Uso e Abuso de Substâncias

Os Estados Unidos são uma sociedade que bebe. A publicidade equipara bebidas alcoólicas, cerveja e vinho à boa vida e a ser "adulto". Cerca de 60% das pessoas de 21 a 39 anos dizem que usam álcool, e os adultos mais jovens tendem a ser os que mais bebem. Quase a metade (46%) das pessoas de 18 a 25 anos, predominantemente jovens do sexo masculino, costumam tomar bebedeiras, ou seja, tomam cinco ou mais doses por ocasião (SAMHSA, 1998b).

O uso de álcool é arriscado e está associado a outros riscos característicos da maturidade, como acidentes de trânsito, criminalidade e infecção por HIV (Leigh, 1999). Dirigir sob a influência de álcool ou de outras drogas pode ser fatal. Um levantamento de representatividade nacional estima que quase um a cada quatro motoristas - mais comumente um jovem adulto - pega o volante menos de duas horas depois de beber, e a cada 20 dirige depois de usar outras drogas, resultando em mais de 16 mil mortes e 1 milhão de feridos anualmente (SAMHSA, 1998a). O álcool também está envolvido em mortes por afogamento, em suicídio, em incêndio e em quedas, e costuma ser um fator na violência familiar (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 1981). Estima-se que a maioria dos homicídios envolve álcool (APA, 1994).

Embora o consumo moderado de álcool pareça reduzir o risco de doença cardíaca fatal, a definição de *moderado* tornou-se mais restrita. Homens que tomam mais do que um drinque por dia têm taxas muito mais elevadas de câncer, o que sobrepuja eventuais benefícios ao coração (Camargo, Gaziano, Hennekens, Manson e Stampfer, 1994). As mulheres podem beber com segurança apenas a metade da quantidade segura para homens (Fuchs et al., 1995; Urbano-Marquez et al., 1995).

A faculdade é um período e um local de apogeu para a bebida e para as drogas. A maioria maciça dos estudantes universitários utiliza álcool, e até 40% tomam bebedeiras pelo menos uma vez a cada duas semanas (Johnston, O'Malley e Bachman, 1999).

Os estudantes que tomam bebidas tendem a faltar aulas, a se meter em apuros com as autoridades, a causar danos à propriedade, a dirigir depois de beber e a se envolver em agressão sexual ou em atividade sexual insegura sem planejamento (NIAAA, 1995). O uso de maconha entre universitários aumentou em 21% entre 1993 e 1997 (Wechsler et al., 1998) e hoje envolve um a cada quatro estudantes. Os usuários de maconha, assim como os que costumam beber, tendem a tirar notas mais baixas, a estudar menos, a se socializar mais e a participar de outros comportamentos de alto risco (Bell, Wechsler e Johnston, 1997; Wechsler, Dowdall, Davenport e Castillo, 1995).

À medida que os jovens adultos amadurecem, estabelecem-se e assumem mais responsabilidade por seu futuro, tendem a reduzir o uso de álcool e de drogas, especialmente se os amigos também estiverem fazendo isso (Labouvie, 1996). Embora cerca de metade de todos os jovens adultos tenha experimentado drogas ilícitas, mais comumente a maconha, apenas 7,4% das pessoas de 26 a 34 anos são usuárias (SAMHSA, 1998b).

O abuso de substâncias pode ter riscos à saúde a curto e a longo prazo. O uso crônico e intenso de cocaína pode prejudicar o funcionamento cognitivo (Bolla, Cadet e London, 1998; Bolla, Rothman e Cadet, 1999). Muitos dos nascidos após a Segunda Guerra Mundial que começaram a usar drogas na adolescência ou início dos 20 anos e continuaram usando hoje sofrem de graves problemas de saúde relacionados com as drogas (SAMHSA, 1998b). Ao longo dos anos, o uso intenso de bebidas alcoólicas pode levar à cirrose do fígado, a outros distúrbios gastrointestinais (incluindo úlceras), à doença pancreática, a certos tipos de câncer, à insuficiência cardíaca, ao derrame, a dano ao sistema nervoso, a psicoses e a outros problemas de saúde (AHA, 1995; Fuchs et al., 1995; NIAAA, 1981). Os riscos de câncer de boca, de garganta e de esôfago são maiores para usuários de bebidas alcoólicas em excesso que fumam (NIAAA, 1998a). Beber regularmente a longo prazo aumenta o risco de câncer de mama (Smith-Warner et al., 1998).

O **alcoolismo** foi chamado de principal problema de saúde mental dos Estados Unidos (Horton e Fogelman, 1991). Trata-se de uma doença crônica que envolve a dependência patológica de álcool, causando interferência no funcionamento normal e no cumprimento de obrigações. Ela pode incluir períodos de abstinência e de recaída. O alcoolismo ocorre nas famílias; parentes próximos de pessoas dependentes de álcool são de três a quatro vezes mais propensos a se tornarem dependentes dele do que pessoas cujos parentes não são dependentes (APA, 1994; McGue, 1993). Embora os homens tenham mais tendência do que as mulheres a terem problemas com a bebida, essa diferença parece estar diminuindo (Prescott, Neale, Corey e Kendler, 1997).

O alcoolismo, como outras dependências, parece resultar de mudanças de longa duração nos padrões de transmissão neural de sinais no cérebro. A exposição a uma substância que cria um estado mental eufórico produz adaptações neurológicas que produzem sentimentos de desconforto e de ansia quando ela não está mais presente. De 6 a 48 horas depois do último drinque, os alcoólatras experimentam fortes sintomas físicos de abstinência (ansiedade, agitação, tremores, pressão arterial elevada e, às vezes, convulsões). Os alcoólatras, como os dependentes de drogas, desenvolvem tolerância pela substância e precisam cada vez mais dela para obter o "barato" desejado. A medida que os pesquisadores entendem exatamente como esses processos neurológicos funcionam, podem criar tratamentos para alterá-los (NIAAA, 1996b).

Dependendo da gravidade do problema, o atual tratamento para alcoolismo pode incluir desintoxicação (remover todo álcool do organismo), hospitalização, medicação, psicoterapia individual e grupal, envolvimento da família e encaminhamento a uma organização de apoio, como os Alcoólicos Anônimos. Embora não seja uma cura, o tratamento pode dar aos alcoolistas novos instrumentos para lidar com sua dependência e para levar uma vida produtiva. A prevenção de recaídas é um objetivo central; menos do que a metade dos pacientes que se recuperam de alcoolismo e de outros transtornos por uso de substâncias permanecem em abstinência por até um ano (Friedmann, Saitz e Samet, 1998).

Influências Indiretas sobre a Saúde e sobre a Boa forma

Além das coisas que as pessoas fazem ou deixam de fazer que afetam sua saúde diretamente, existem as influências indiretas sobre a saúde. As mais importantes incluem a renda, a educação e a etnicidade. O gênero também faz diferença, assim como os relacionamentos.

alcoolismo

Doença crônica que envolve dependência do uso de álcool, causando interferência no funcionamento normal e no cumprimento de obrigações.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir a típica condição de saúde dos jovens adultos nos Estados Unidos?
- ✓ Listar as principais causas de morte na maturidade?
- ✓ Explicar como a dieta pode afetar a probabilidade de câncer e a doença cardíaca?
- ✓ Citar motivos para a "epidemia de obesidade?"
- ✓ Citar os benefícios do exercício físico?
- ✓ Discutir os riscos envolvidos no fumo e no uso e no abuso de substâncias?

Pense sobre isso ...

- O que especificamente você poderia fazer para ter um estilo de vida mais saudável?



A renda é uma influência importante sobre a saúde. Esta família sem moradia pode não estar recebendo a nutrição e a assistência médica necessárias para uma boa saúde.

Condição Socioeconômica e Etnicidade

A ligação entre a condição socioeconômica e a saúde está amplamente documentada. Embora as taxas de mortalidade tenham diminuído de modo geral nos Estados Unidos desde 1960, aumentou a disparidade entre as altas taxas de mortalidade entre pessoas pobres e de baixo nível de instrução e as taxas mais baixas das pessoas mais abastadas e com melhor nível de instrução (Pappas, Queen, Hadden e Fisher, 1993). As pessoas de renda mais alta e brancas têm mais saúde e vivem mais do que pessoas de renda mais baixa e negras, das quais um número desproporcional são pobres. (Em 1996, 28,4% dos afro-americanos estavam abaixo da linha de pobreza, comparado com 11,2% das pessoas brancas.) A educação é importante também. Quanto menor a escolaridade

de das pessoas, maior suas chances de desenvolverem e de morrerem de doenças transmissíveis, de ferimentos ou de doenças crônicas (como doença cardíaca) ou de serem vítimas de homicídio ou de suicídio (NCHS, 1998a).

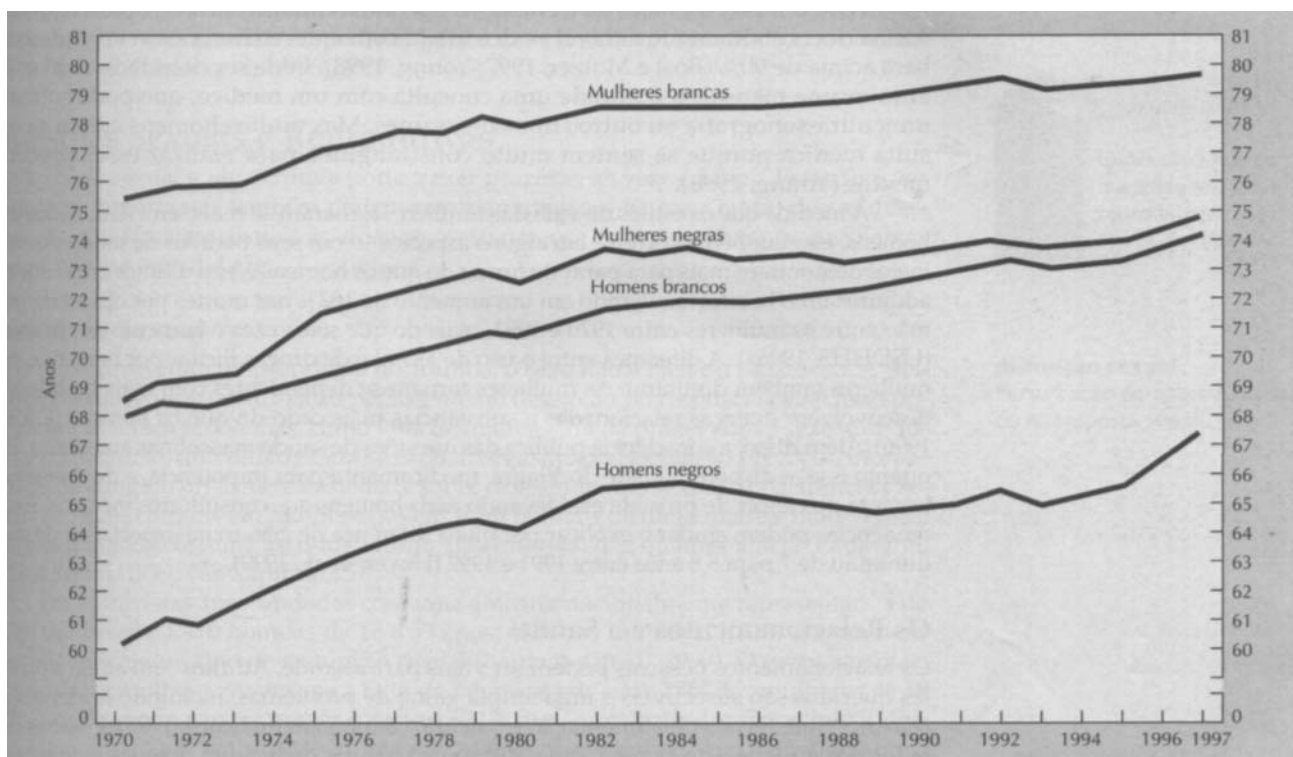
Isso, evidentemente, não significa que o salário e a educação *causam* boa saúde; eles, isto sim, estão relacionados com fatores de estilo de vida que tendem a ser causativos. A pobreza costuma resultar em má nutrição, más condições de moradia e (nos Estados Unidos) acesso limitado à assistência médica (Otten, Teutsch, Williams e Marks, 1990; NCHS, 1998a). Pessoas mais abastadas e com melhor nível de instrução desfrutam de dietas mais saudáveis, melhor tratamento médico e melhor assistência médica preventiva. Elas se exercitam mais, tendem menos ao excesso de peso e fumam menos. Têm mais tendência a utilizar álcool, mas a utilizá-lo com moderação (NCHS, 1998a; SAMHSA, 1998b).

As associações entre renda, educação, condições de vida e saúde ajudam a explicar a condição deplorável da saúde em algumas populações minoritárias. Jovens adultos negros são 20 vezes mais propensos à hipertensão do que jovens adultos brancos (Agoda, 1995). E afro-americanos têm duas vezes mais chances do que brancos de morrer no início da idade adulta, em parte por que os jovens negros têm sete vezes mais chances de serem vítimas de homicídio (Hoyert et al., 1999). As diferenças étnicas de saúde não são totalmente atribuíveis a fatores socioeconômicos - por exemplo, já mencionamos o maior impacto fisiológico do fumo sobre as pessoas negras. (Aprofundaremos a discussão sobre a relação entre etnicidade e saúde no Capítulo 15.)

Gênero

Quem é mais saudável, os homens ou as mulheres? Um dos motivos pelos quais é difícil responder a essa pergunta é que, até pouco tempo, as mulheres foram excluídas de muitos estudos importantes sobre problemas de saúde que afetam ambos os sexos (Healy, 1991; Rodin e Ickovics, 1990). Conseqüentemente, muito do que sabemos se aplica apenas aos homens. Evidentemente, certos problemas de saúde - aqueles que afetam o aparelho reprodutor feminino - se limitam às mulheres; outros, como o câncer de próstata e de testículo - afetam somente os homens. Algumas doenças, como o câncer de pulmão, são mais comuns entre os homens, embora essa diferença tenha diminuído (NCHS, 1998a; Wingo et al., 1999). Outras, como doença cardíaca, tendem a acometer os homens (como Arthur Ashe) mais cedo na vida do que as mulheres. Outras, ainda, como os transtornos de alimentação (ver Capítulo 11), a artrite reumatóide e a osteoporose (ver Capítulo 17), são mais comuns entre as mulheres.

Sabemos que as mulheres têm uma expectativa de vida maior do que os homens e menores taxas de mortalidade em qualquer idade (Hoyert et al., 1990, ver Figura 13-2 e

**Figura 13-2**

Expectativa de vida por sexo, 1970-1997.

(Fonte: Hoyert et al., 1999, Fig. 3, p. 7.)

Capítulo 17). A maior longevidade das mulheres foi atribuída à proteção genética garantida pelo segundo cromossomo X (ausente nos homens) e, antes da menopausa, aos efeitos benéficos do hormônio feminino estrogênio, principalmente sobre a saúde cardiovascular (Rodin e Ickovics, 1990; USDHHS, 1992). Entretanto, fatores psicossociais e culturais, como a maior propensão dos homens para correr riscos e sua preferência por carne e batatas em vez de frutas e verduras, podem também desempenhar um papel influente (Liebman, 1995a; Schardt, 1995).

Apesar de sua vida mais longa, as mulheres dizem estar doentes com mais frequência do que os homens, são mais propensas a procurar tratamento para doenças menores e descrevem mais sintomas não-explicados. Os homens, em contraste, ficam mais tempo hospitalizados, e seus problemas de saúde tendem a ser crônicos e a ameaçar a vida (Kroenke e Spitzer, 1998; NCHS, 1998a; Rodin e Ickovics, 1990). Isso provavelmente se deve ao fato de os homens esperarem mais para buscar auxílio médico.

A maior tendência das mulheres de buscar assistência médica não significa necessariamente que as mulheres tenham pior saúde que os homens, nem que estejam imaginando enfermidades ou que estejam preocupadas com doenças (Kroenke e Spitzer, 1998). Podem simplesmente estar mais conscientes da saúde. A menstruação e a gravidez tornam as mulheres mais conscientes do corpo e de seu funcionamento, e os padrões culturais incentivam o gerenciamento médico desses processos. Muitas mulheres consultam um médico regularmente, não apenas durante a gravidez, mas para realizar exames ginecológicos de rotina (Schardt, 1995). As mulheres costumam saber mais do que os homens sobre saúde, pensam e fazem mais pela prevenção de doenças, têm mais consciência de sintomas e de suscetibilidade e são mais propensas a falar sobre suas preocupações de saúde. Os homens podem achar que a doença não é "masculina" e, assim, serem menos propensos a admitir que não se sentem bem. É possível que o melhor cuidado das mulheres com sua própria saúde ajude-as a viver mais do que os homens.

Por exemplo, o câncer de testículo, o tipo mais comum entre os homens jovens, é uma doença altamente curável se detectada com antecedência, com taxas de cura bem acima de 90% (Bosl e Motzer, 1997; Young, 1998). Pode ser detectado através de auto-exame mensal, seguido de uma consulta com um médico, que pode solicitar uma ultra-sonografia ou outros tipos de exames. Mas muitos homens adiam a consulta médica porque se sentem muito constrangidos para realizar esses procedimentos (Young, 1998).

A medida que os estilos de vida das mulheres tornaram-se mais semelhantes aos dos homens, isso também ocorreu - em alguns aspectos - com seus padrões de saúde. As mulheres demoraram mais para parar de fumar do que os homens e, nos últimos anos, muitas adquiriram o hábito, resultando em um aumento de 182% nas mortes por câncer de pulmão entre as mulheres entre 1970 e 1993, mais do que sete vezes o aumento nos homens (USDHHS, 1996a). A diferença entre o uso de álcool e de drogas ilícitas por homens e por mulheres também diminuiu. As mulheres tornam-se dependentes com mais facilidade e desenvolvem doenças relacionadas a substâncias mais cedo do que os homens (CASA, 1996). Além disso, a consciência pública das questões de saúde masculinas aumentou. Enquanto isso, a disponibilidade do Viagra, medicamento para impotência, e de exames de triagem do câncer de próstata está levando mais homens aos consultórios médicos. Essas tendências podem ajudar a explicar por que a diferença de gênero na expectativa de vida diminuiu de 7 para 5,8 anos entre 1991 e 1997 (Hoyert et al., 1999).

Os Relacionamentos e a Saúde

Os relacionamentos pessoais podem ser vitais para a saúde. Adultos sem amigos ou entes queridos são suscetíveis a uma ampla gama de problemas, incluindo acidentes de trânsito, transtornos de alimentação e suicídio (Baumeister e Leary, 1995). Pessoas isoladas dos amigos e da família têm o dobro de chances de ficarem doentes e de morrerem do que pessoas que mantêm laços sociais (House, Landis e Umberson, 1988). Evidentemente, como essa pesquisa é correlacional, não podemos ter certeza de que os relacionamentos contribuem para a boa saúde. É possível que pessoas saudáveis tenham maior tendência a manter relacionamentos.

O que há nos relacionamentos que pode promover a boa saúde - ou a ausência deles que pode liquidá-la? Os laços sociais podem promover um senso de significado ou de coerência na vida. O apoio emocional pode ajudar a minimizar o estresse. As pessoas que mantêm contato com outras podem ter mais inclinação a comer e a dormir sensatamente, a fazer exercícios físicos suficientemente, a evitar abuso de substâncias e a obter a assistência médica necessária (House et al., 1988).

Pessoas casadas, especialmente homens, tendem a ser mais saudáveis fisicamente e, segundo algumas pesquisas, psicologicamente do que aquelas que nunca se casaram ou que são viúvas, separadas ou divorciadas (Horwitz, White e Howell-White, 1996; Ross, Mirowsky e Goldstein, 1990). Pessoas casadas possuem menos deficiências ou problemas crônicos que limitem suas atividades e, quando são hospitalizadas, sua estadia costuma ser breve. Pessoas casadas também vivem por mais tempo, segundo um estudo em 16 países industrializados (Hu e Goldman, 1990). Pessoas casadas, especialmente os homens, parecem levar vidas mais saudáveis e seguras. Correm menos riscos e incentivam seus cônjuges a prestar mais atenção a sua saúde (Rogers, 1995).

Pessoas casadas também tendem a ter melhor situação financeira, fator associado à saúde física e mental (Ross et al., 1990). Em um estudo com mais de 36 mil homens e mulheres de 25 a 64 anos, os que eram casados tinham menor probabilidade de morrer do que os solteiros. Entretanto, as pessoas com rendas elevadas, casadas ou solteiras, tinham mais chances de sobreviver do que pessoas casadas com rendas baixas; solteiros de baixa renda tiveram a maior taxa de mortalidade (Rogers, 1995).

O casamento está diferentemente relacionado com a saúde física e mental em maridos e em esposas, segundo dois estudos com amostras predominantemente brancas e de classe média. Em um levantamento longitudinal de sete anos com 1.201 adultos jovens, os homens que se casavam e permaneciam casados eram menos propensos à depressão, e as mulheres nessa mesma condição tinham menos chances de desenvolver problemas com álcool do que aqueles que permaneciam solteiros (Horwitz et al., 1996). Em um estudo observacional, 90 casais recém-casados, de 20 a 37 anos, foram filmados tentando resolver questões de discordância em seu casamento. Amostras de sangue coletadas antes e depois indicaram maiores alterações endócrinas e na pressão arterial nas

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Assinalar algumas diferenças na saúde e na mortalidade que refletem a renda, o nível de instrução, a etnicidade e o gênero?
- ✓ Discutir como os relacionamentos, principalmente o casamento, pode afetar a saúde física e mental?

mulheres do que nos homens. Os conflitos conjugais e os estresses da vida doméstica diária parecem exercer mais efeito fisiológico e emocional nas esposas do que nos maridos (Kiecolt-Glaser et al., 1996).

Questões Sexuais e Reprodutivas

A atividade sexual e reprodutiva pode trazer prazer e, às vezes, filhos. Essas funções naturais e importantes também podem envolver questões físicas. Quatro dessas questões são a disfunção sexual, as doenças sexualmente transmissíveis, os problemas menstruais e a esterilidade.

Disfunção Sexual

Para uma surpreendente proporção de adultos, o sexo não é fácil ou prazeroso. A **disfunção sexual** é uma perturbação persistente no desejo ou na resposta sexual. Isso pode incluir diversos problemas, como falta de interesse ou de prazer com o sexo, dor durante o intercuro, dificuldade para se excitar, orgasmo ou ejaculação precoces, incapacidade de atingir o orgasmo e ansiedade sobre o desempenho sexual. As disfunções sexuais são mais comuns em mulheres jovens e em homens de meia-idade e mais velhos, entre os quais ela costuma assumir a forma de *disfunção erétil* ou impotência (Laumann, Paik e Rosen, 1999; ver Capítulo 15).

Em entrevistas aprofundadas com uma amostra nacionalmente representativa de 1.749 mulheres e 1.410 homens de 18 a 59 anos, 43% das mulheres e 31% dos homens descreveram algum tipo de disfunção sexual (Laumann et al., 1999). O problema mais comum para mulheres jovens era a falta de interesse por sexo; 27% das mulheres de 18 a 29 anos disseram não ter prazer com sexo; 21% disseram sentir dor física, e 16% descreveram ansiedade em relação ao sexo. Homens jovens tinham aproximadamente a mesma probabilidade de sofrer de ejaculação precoce, de ansiedade em relação ao desempenho e de falta de prazer sexual.

Embora a disfunção sexual possa ter causas físicas, alguns fatores de risco estão ligados à saúde geral, ao estilo de vida e ao bem-estar emocional. Homens e mulheres casados e com nível superior têm menos problemas sexuais do que homens solteiros ou com menor nível de instrução. O estresse causado por uma queda repentina de renda tende a aumentar a disfunção sexual. Homens e mulheres que foram vítimas de abuso sexual na infância tendem a ter má adaptação sexual (Laumann et al., 1999).

Esses achados sugerem que a disfunção sexual é um problema de saúde pública disseminado e predominantemente insuspeito. Infelizmente, segundo esse estudo, apenas 10% dos homens e 20% das mulheres que sofrem do problema procuram tratamento médico (Laumann et al., 1999).

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)

Os riscos da atividade sexual desprotegida com múltiplos parceiros não são diferentes na maturidade dos da adolescência (ver o Capítulo 12). Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) - algumas das quais podem também ser adquiridas de outras formas, como, no caso de Arthur Ashe, transfusões de sangue - são um grave problema de saúde pública entre jovens adultos.

Mundialmente, estima-se que cerca de 33,4 milhões de pessoas tenham o HIV, o vírus que causa AIDS. As pessoas em idade de exercício profissional são as que estão em maior risco (Satcher, 1999). Em muitos países sul-africanos, de 20 a 26% das pessoas de 15 a 49 anos estão infectadas. Prevê-se que a expectativa de vida nesses países diminuirá de 64 para 47 anos até o ano de 2015, revertendo décadas de avanço obtido através do controle de doenças (Satcher, 1999).

Nos Estados Unidos, onde cerca de 665 mil pessoas estão infectadas (Satcher, 1999), a epidemia de AIDS começou a estar sob controle. Em 1995, a AIDS tornou-se a principal causa de morte para pessoas de 25 a 44 anos. Em 1997, havia caído para a quinta posição, embora continuasse sendo a principal causa de morte de jovens adultos afro-americanos. Naquele ano, para a população em geral, as mortes por infecção por HIV diminuíram 47,7%, tirando-a da oitava para a décima quarta posição entre as principais causas de morte (Hoyert et al., 1999).

Mundialmente, a maioria dos adultos infectados pelo HIV são heterossexuais (Altman, 1992). Nos Estados Unidos, o HIV é mais disseminado entre usuários de drogas



Indicador

Quais são algumas questões sexuais e reprodutivas nessa época da vida?

disfunção sexual

Perturbação persistente no desejo ou na resposta sexual.

que compartilham de seringas contaminadas, entre homens homossexuais e bissexuais, entre pessoas que (como Arthur Ashe) receberam transfusão com sangue ou com produtos de sangue contaminados, entre pessoas que tiveram contato sexual com alguém que esteja em um desses grupos de alto risco e entre bebês que foram infectados no útero ou durante o nascimento (Edlin et al., 1994). A incidência de HIV entre homens homossexuais e entre usuários de drogas injetáveis no início de seus 20 anos diminuiu, mas a transmissão heterossexual aumentou, principalmente entre as minorias. O resultado é uma incidência crescente de infecção em mulheres jovens minoritárias paralelamente a uma redução drástica na incidência entre homens jovens brancos (Rosenberg e Biggar, 1998).

Exames voluntários são um elemento crítico no controle de DSTs. Infelizmente, não é fácil motivar as pessoas a fazê-los. Em um estudo, estudantes universitários de psicologia assistiram a um filme sobre comportamento sexual inseguro e vulnerabilidade à infecção por HIV. Os estudantes preencheram questionários antes e depois de verem o filme, e outra vez quatro semanas depois. Embora o filme aumentasse as percepções dos estudantes sexualmente ativos do risco pessoal, apenas 17% posteriormente fizeram o exame, pediram que os parceiros se submetessem ao exame ou interessaram-se em saber mais sobre ele (Rothman, Kelly, Weinstein e O'Leary, 1999).

Educar as pessoas para que usem preservativos, modo mais eficaz de prevenir DSTs, também não é sempre fácil. Entre 822 mulheres de zonas urbanas pobres (idade média de 26 anos), apenas 7% disseram sempre utilizar preservativos com seus principais parceiros, e 12% com outros parceiros, ainda que a maioria das mulheres estivessem informadas e preocupadas com a AIDS. As mulheres que relatavam uso regular de preservativo e aquelas que estavam seriamente cogitando fazer isso tendiam a ter um maior senso de auto-eficácia ou de confiança em sua capacidade de alcançar suas metas, do que as que não estavam pensando nisso. A auto-eficácia pode ajudar as mulheres a serem mais assertivas com parceiros que se recusam a usar preservativos (Stark et al., 1998).

O aconselhamento pode ajudar. Em um estudo controlado randomizado com 617 mulheres afro-americanas e hispânicas que estavam com gonorréia e clamídia (idade média em torno de 21 anos), facilitadoras pertencentes ao mesmo grupo étnico das participantes conduziram três sessões de aconselhamento culturalmente sensível em pequenos grupos (Shain et al., 1999). As participantes tiveram taxas de reinfecção consideravelmente menores durante o ano seguinte do que um grupo-controle que havia se submetido ao aconselhamento padrão (16,8 contra 26,9%).

Problemas Relacionados com a Menstruação

Embora as mulheres desfrutem valiosa proteção devido à atividade hormonal durante os anos reprodutivos, o ciclo menstrual pode produzir problemas de saúde. A **tensão pré-menstrual (TPM)** é um transtorno que envolve desconforto físico e tensão emocional durante uma ou duas semanas antes do período menstrual. Os sintomas podem incluir fadiga, ansia por comida, dores de cabeça, inchaço e sensibilidade dos seios, mãos ou pés inchados, intumescimento do abdome, náusea, constipação, aumento de peso, ansiedade, depressão, irritabilidade, oscilações de humor, choro fácil e dificuldade de concentração ou memória ("PMS: It's Real," 1994; Reid e Yen, 1981). Esses sintomas não são distintivos por si mesmos; é seu momento de ocorrência que identifica a TPM.

Diferentemente da *dismenorréia*, ou cólicas menstruais, que tendem a acometer adolescentes e mulheres mais jovens, a TPM geralmente afeta as mulheres de 30 ou mais anos. Até 70% das mulheres que menstruam podem ter alguns sintomas, mas em menos de 10% eles criam problemas significativos de saúde (Freeman, Rickels, Sondheimer e Polansky, 1995; "PMS: It's Real," 1994).

Embora alguns acreditem que a TPM tenha origens emocionais, um estudo duplo-cego estabeleceu que ela é uma resposta anormal aos picos mensais normais dos hormônios femininos estrogênio e progesterona, possivelmente devido a diferenças nos receptores cerebrais para esses hormônios. Administrando artificialmente os hormônios, os pesquisadores induziram sintomas de TPM em mulheres que tinham a síndrome, mas não nas mulheres que não sofriam dela ou em mulheres que receberam placebo, o qual não contém ingredientes ativos (Schmidt, Nieman, Danaceau, Adams e Rubinow, 1998).

VERIFICADOR

Você é capaz de...

- ✓ Identificar diversos tipos e causas de disfunção sexual?
- ✓ Discutir modos de controlar a disseminação de DSTs?

tensão pré-menstrual (TPM)
Transtorno que produz sintomas de desconforto físico e de tensão emocional durante uma ou duas semanas antes do período menstrual.

Existem controvérsias sobre o tratamento da TPM. Um tratamento amplamente utilizado - a administração de progesterona na forma de pílula ou de supositório - mostrou-se em um amplo estudo randomizado e controlado não ser mais benéfica do que um placebo (Freeman, Rickels, Sondheimer e Polansky, 1990). Em um estudo de seguimento, ansiolíticos mostraram-se mais efetivos (Freeman et al., 1995). Para sintomas mais brandos, alguns médicos recomendam exercícios e mudanças na dieta, como evitar gordura, sódio, cafeína e álcool ("PMS: It's Real," 1994).

Esterilidade

Estima-se que de 8 a 17% dos casais norte-americanos experimentam **esterilidade**: incapacidade de conceber um bebê depois de 12 a 18 meses de tentativa (ISLAT Working Group, 1998; Mosher e Pratt, 1991).

A causa mais comum de esterilidade nos homens é a produção de um número muito baixo de espermatozoides. Embora apenas um espermatozoide seja necessário para fecundar o óvulo, uma quantidade inferior a de 60 a 200 milhões por ejaculação inviabiliza a concepção. Às vezes, um duto ejaculatório está entupido, impedindo a saída do esperma, ou os espermatozoides podem ser incapazes de se deslocar suficientemente bem para chegar ao colo. Alguns casos de esterilidade masculina parecem ter uma base genética (King, 1996; Phillips, 1998; Reijo, Alagappan, Patrizio e Page, 1996).

Se o problema for com a mulher, ela pode não estar produzindo óvulos, os óvulos podem ser anormais, o muco no colo pode impedir que os espermatozoides o penetrem; ou uma doença no revestimento uterino pode impedir a implantação do óvulo fecundado. Uma das maiores causas de diminuição da fertilidade em mulheres após os 30 anos é a deterioração na qualidade de seus óvulos (van Noord-Zaadstra et al., 1991). Entretanto, a causa feminina mais comum é o bloqueio das tubas uterinas, o que impede os óvulos de chegarem ao útero. Em cerca de metade dos casos, as tubas são bloqueadas por tecido cicatricial oriundos de doenças sexualmente transmissíveis (King, 1996).

A esterilidade sobrecarrega emocionalmente o casamento. As mulheres, especialmente, costumam ter dificuldade para aceitar o fato de que não são capazes de fazer o que ocorre de forma tão natural e fácil para outras. Os parceiros podem ficar frustrados e zangados consigo mesmos e um com o outro e podem sentir-se vazios, inúteis e deprimidos (Abbey, Andrews e Halman, 1992; Jones e Toner, 1993). Seu relacionamento sexual pode sofrer à medida que o sexo torna-se uma questão de "fazer bebês, e não amor". Esses casais podem beneficiar-se com aconselhamento profissional ou com o apoio de outros casais estéreis.

Cerca de 50% dos casais estéreis conseguem por fim conceber, com ou sem auxílio artificial (ver Quadro 13-1), e alguns adotam filhos (ver Capítulo 10). Uma proporção crescente recebe tratamento médico (Jones e Toner, 1993). O tratamento hormonal pode aumentar a contagem de espermatozoides de um homem ou aumentar a ovulação da mulher. Às vezes, um tratamento medicamentoso ou uma cirurgia pode corrigir o problema. Contudo, medicamentos para fertilidade aumentam a probabilidade de nascimento de múltiplos bebês, muitas vezes, prematuros (King, 1996). Além disso, homens sob tratamento para fertilidade têm maior risco de produzir espermatozoides com anormalidades cromossômicas (Levron et al., 1998).

esterilidade

Incapacidade de conceber depois de 12 a 18 meses de tentativas.

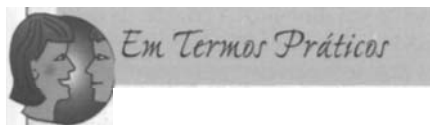
VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever os sintomas e os tratamentos para tensão pré-menstrual (TPM)?
- ✓ Identificar diversas causas de esterilidade masculina e feminina?

Pense sobre isso ...

- Se você e seu parceiro fossem estéreis, você pensaria seriamente sobre isso ou se submeteria a um dos métodos de reprodução assistida descritos no Quadro 13-1? Justifique sua resposta.



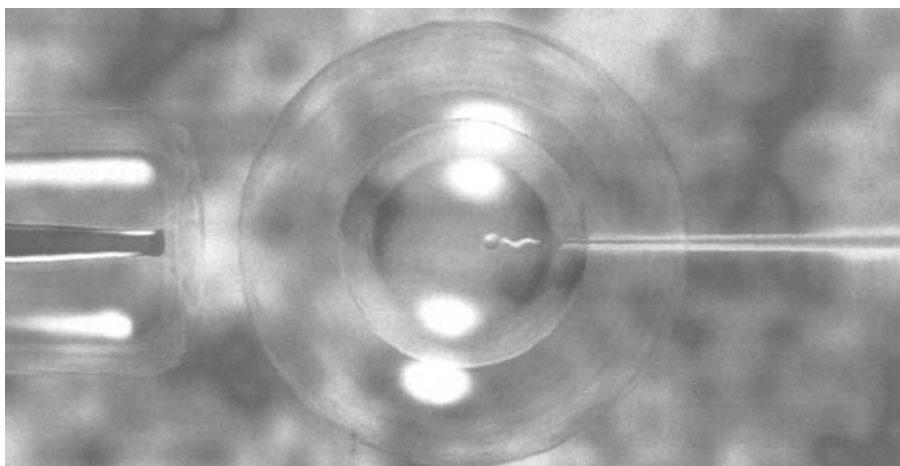
Quadro 13-1 Reprodução Assistida

Considerando-se que os seres humanos raramente abandonam seus desejos simplesmente por se depararem com obstáculos, não é de surpreender que muitos adultos estéreis que desejam filhos adotem técnicas que contornam os processos bio-

lógicos comuns. A tecnologia hoje permite às pessoas terem filhos que tenham pelo menos 50% de sua carga genética.

A *inseminação artificial* - injeção de espermatozoides no colo do útero - pode ser realizada quando um homem tem uma

(continua)



Na fertilização *in vitro* (FIV), uma agulha microscopicamente diminuta (direita) injeta um único espermatozóide em um óvulo maduro (centro), o qual foi cirurgicamente retirado do corpo de uma mulher. Uma pipeta de extremidade achatada (esquerda) é utilizada para manter o óvulo imóvel durante a inserção. O óvulo fertilizado é então implantado no útero. Essa técnica é um dos diversos métodos de reprodução assistida que estão ajudando alguns casais estéreis a se reproduzir.

quantidade baixa de espermatozoides. Os espermatozoides de diversas ejaculações podem ser misturados para uma injeção. Se a mulher não tem uma causa explicável de esterilidade, as chances de êxito podem ser consideravelmente aumentadas estimulando seus ovários a produzir mais óvulos e injetar sêmen diretamente no útero (Guzick et al., 1999). Se o homem é estéril, o casal pode optar pela *inseminação artificial por doador (IAD)*. Pode-se selecionar um doador com características semelhantes às do pai prospectivo, e o esperma dos dois homens pode ser misturado para que ninguém saiba quem é o pai biológico.

Um número crescente de casais estão tentando a *fertilização in vitro (FIV)*, fertilização que ocorre fora do corpo da mulher. Em primeiro lugar, medicamentos para fertilidade são administrados para aumentar a produção de óvulos. Depois, um óvulo maduro é cirurgicamente removido, fecundado em uma placa de laboratório e implantado no útero da mãe. Esse método também pode ser utilizado para esterilidade masculina, pois um único esperma pode ser injetado no óvulo. Muitos casais só conseguem conceber depois de várias tentativas, quando conseguem; as estimativas de êxito variam de 12 a 20%. Geralmente, diversos óvulos são fecundados e implantados, para aumentar as chances de êxito (de Lafuente, 1994; Gabriel, 1996), e o procedimento costuma resultar em nascimento de múltiplos (Brown, 1993; Templeton e Morris, 1998). Embora as crianças concebidas através de FIV tendam a ser pequenas, sua circunferência craniana e seu desenvolvimento mental são normais (Brandes et al., 1992). Duas novas técnicas com melhores taxas de êxito são a *transferência interfalopiana de gametas (TIFG)* e a *transferência intrafalopiana de zigoto (TIFZ)*, em que o óvulo e o espermatozóide ou o óvulo fertilizado são introduzidos na tuba uterina (Society for Assisted Reproductive Technology, 1993).

Uma mulher que está produzindo óvulos de má qualidade ou que teve seus ovários removidos pode tentar uma *transferência de óvulo*. Neste procedimento (equivalente feminino da IAD), um óvulo ou *ovo de doação* - fornecido, em geral, anonimamente por uma jovem fértil - é fertilizado em la-

boratório e implantado no útero da mãe prospectiva (Lutjen et al., 1984). Alternativamente, o óvulo pode ser fertilizado no corpo do doador por inseminação artificial. O útero da doadora é lavado alguns dias depois para recuperar o embrião e introduzi-lo no útero da recebedora. A transferência de óvulo tem sido utilizada pelas mulheres após a menopausa (Sauer, Paulson e Lobo, 1990, 1993).

Na *maternidade substituta* ("barriga de aluguel"), uma mulher fértil é engravidada pelo pai prospectivo, geralmente por inseminação artificial. Ela fica com o bebê a termo e cede-o ao pai e a sua parceira. Legalmente, a maternidade substituta está no limbo; os tribunais na maioria dos Estados consideram impossível cumprir os contratos de substituição (Toback, comunicação pessoal, 23 de Janeiro de 1997), e alguns Estados proibiram a prática ou impuseram condições restritas a ela. O Comitê de Bioética da Academia Americana de Pediatria (1992) recomenda que a maternidade substituta seja considerada um possível acordo de adoção prévio à concepção, no qual a gestante seja a única a decidir antes do nascimento. O comitê da Academia Americana de Pediatria também recomenda que um acordo seja assinado antes do nascimento, definindo o período de tempo em que a mãe substituta pode afirmar seus direitos sobre a criança.

Talvez o aspecto mais questionável da "barriga de aluguel", além da possibilidade de obrigar a gestante a abrir mão de seu bebê, seja o pagamento em dinheiro. A criação de uma "classe reprodutora" formada por mulheres pobres e desfavorecidas que levam os bebês dos ricos parece errada aos olhos de muitos. Preocupações semelhantes foram levantadas sobre o pagamento de óvulos de doação. A exploração de possíveis pais também é uma preocupação. Alguns analistas preocupam-se com o rápido crescimento de clínicas de fertilidade atraídas pelo lucro, que possam explorar casais desesperados através de reivindicações enganosas (Gabriel, 1996).

Novos métodos de concepção pouco ortodoxos levantam sérias questões, e somente alguns Estados criaram regulamen-

(continua)



Em Termos Práticos

- Continuação

tação para abordá-los (ISLAT Working Group, 1998). As pessoas que utilizam as clínicas de fertilidade devem ser estéreis, ou deveria haver liberdade para utilizar essas técnicas simplesmente por conveniência? Solteiros em coabitação e casais homossexuais devem ter acesso a esses métodos? E pessoas mais velhas, que podem fragilizar-se ou morrer antes que a criança cresça? As crianças devem saber sobre sua origem? Exames genéticos deveriam ser realizados em doadores e em substitutos prospectivos, para identificar possíveis anormalidades ou suscetibilidade a determinadas doenças ou determinados distúrbios? E que dizer da triagem de rotina para doenças presentes? Deveria haver limites legais sobre o número de embriões implantados? As clínicas de fertilização deveriam ser solicitadas a revelar riscos, opções e taxas de êxito? O que acontece se um casal firma um contrato com uma mãe substituta, mas se divorcia antes do bebê nascer? Quando um casal opta pela fertilização *in vitro*, o que deve ser feito com os embriões não-utilizados? (Em certo processo judicial, um casal que havia acordado em congelar os embriões não-utilizados posteriormente se di-

vorciou. A esposa queria então poder utilizar os embriões para conceber; o marido queria-os destruídos.)

Outra preocupação é o risco psicológico às crianças concebidas com óvulos ou com espermatozoides doados. Será que a falta de um vínculo genético com um ou ambos os pais, juntamente com as tensões criadas pelo costumeiro sigilo sobre esses procedimentos e pela permanência do desapontamento com a esterilidade, podem influenciar a atmosfera da família? Um estudo sugere que não - que o intenso desejo de ter um filho é mais importante do que os laços genéticos. A qualidade de criação era *melhor* quando uma criança era concebida por fertilização *in vitro* ou por inseminação artificial do que quando era concebida da forma usual, e não foram identificadas diferenças gerais nos sentimentos, no comportamento ou nos relacionamentos dos filhos com os pais (Golombok, Cook, Bish e Murray, 1995).

Uma coisa parece certa: enquanto houver pessoas que querem filhos, mas que são incapazes de engravidar ou dar à luz, a engenhosidade e a tecnologia humanas criarão novos modos de satisfazer essa necessidade.

Desenvolvimento Cognitivo

Perspectivas sobre a Cognição Adulta

O bom senso nos diz que os adultos não pensam da mesma forma que crianças ou adolescentes. Eles mantêm diferentes tipos de conversa, compreendem conteúdo mais complexo e utilizam sua experiência, mais ampla, para resolver problemas práticos. O bom senso está correto? Os teóricos e os pesquisadores do desenvolvimento estudaram a cognição adulta de diversas perspectivas. Alguns investigadores, como Jan Sinnott e K. Warner Schaie, utilizam uma abordagem por estágios, procurando identificar o que caracteriza a forma de pensar dos adultos, como fez Piaget em relação ao pensamento das crianças. Outros investigadores, como Robert Sternberg, concentram-se nos tipos ou nos aspectos da inteligência, ignorados pelos testes psicométricos, que tendem a ocupar o primeiro plano na maturidade. Uma teoria corrente destaca o papel da emoção no comportamento inteligente.



Indicador

O que distingue o pensamento e a inteligência adulta?

Além de Piaget: A Transição para o Pensamento Pós-Formal

Embora Piaget descrevesse o estágio de operações formais como o ápice do desenvolvimento cognitivo, alguns cientistas do desenvolvimento sustentam que as mudanças na cognição ultrapassam esse estágio. Segundo os críticos de Piaget, o raciocínio formal não é a única e talvez nem mesmo a mais importante capacidade do pensamento maduro (Moshman, 1998).

A pesquisa e o trabalho teórico desenvolvidos desde os anos de 1970 sugerem que o pensamento maduro pode ser muito mais rico e complexo do que as manipulações intelectuais abstratas descritas por Piaget (Arlin, 1984; Labouvie-Vief, 1985, 1990a; Labouvie-Vief e Hakim-Larson, 1989; Sinnott, 1984, 1989a, 1989b, 1991, 1998). O pensamento na idade adulta parece ser flexível, aberto, adaptativo e individualista. Ele faz uso da intuição e da emoção, bem como da lógica para ajudar as pessoas a enfrentar um mundo

pensamento pós-formal

Tipo maduro de pensamento, que utiliza a experiência subjetiva e a intuição, bem como a lógica, e é útil para lidar com a ambigüidade, com a incerteza, com a inconsistência, com contradição, com a imperfeição e com a conciliação.

aparentemente caótico. Aplica os frutos da experiência a situações ambíguas. Caracteriza-se pela capacidade de lidar com a incerteza, com a inconsistência, com a contradição, com a imperfeição e com a conciliação (como fez Arthur Ashe quando se deparou com as limitações físicas em sua capacidade de continuar sua carreira no tênis). Esse estágio superior de cognição adulta é, às vezes, chamado de **pensamento pós-formal**.

O pensamento pós-formal é relativista. O pensamento imaturo vê preto e branco (certo *versus* errado, intelecto *versus* sentimentos, mente *versus* corpo); o pensamento pós-formal vê tons de cinza. Ele costuma desenvolver-se em resposta a fatos e a interações que abrem modos não-usuais de ver as coisas e desafiam uma visão simples e polarizada do mundo. Permite aos adultos transcenderem um sistema lógico único (tais como uma determinada teoria do desenvolvimento humano ou um sistema político estabelecido) e a conciliarem ou a selecionarem idéias ou demandas conflitantes, cada uma das quais, a partir de sua própria perspectiva, podendo ter uma válida pretensão à verdade (Labouvie-Vief, 1990a, 1990b; Sinnott, 1996, 1998).

Um pesquisador proeminente, Jan Sinnott (1984, 1998), propôs diversos critérios de pensamento pós-formal. Entre eles estão:

- *Câmbio de marchas*. Capacidade de transitar entre o raciocínio abstrato e as considerações práticas e concretas. ("Isso pode funcionar no papel, mas não na vida real".)
- *Múltipla causalidade, múltiplas soluções*. Consciência de que a maioria dos problemas possui mais do que uma causa e mais do que uma solução e de que algumas soluções têm mais chances de funcionar do que outras. ("Vamos tentar do seu modo; se não der certo, podemos tentar do meu".)
- *Pragmatismo*. Capacidade de selecionar a melhor dentre diversas soluções possíveis e de reconhecer critérios para escolher. ("Se você quer a solução mais prática, faça isso; se quiser a solução mais rápida, faça aquilo".)
- *Consciência do paradoxo*. O reconhecimento de que um problema ou uma solução envolve conflito intrínseco. ("Fazer isso lhe dará o que ele quer, mas isso o fará infeliz afinal".)

O pensamento pós-formal lida com a informação em um contexto social. Ao contrário dos problemas que Piaget estudou, os quais envolvem fenômenos físicos e requerem observação e análise desapassionada e objetiva, os dilemas sociais são menos claramente estruturados e, com frequência, carregados de emoção. E nesses tipos de situações que adultos maduros tendem a apelar para o pensamento pós-formal (Berg e Klaczynski, 1996; Sinnott, 1996, 1998).

Um estudo (Labouvie-Vief, Adams, Hakim-Larson, Hayden e DeVoe, 1987) solicitou a pessoas da pré-adolescência à meia-idade que considerassem o seguinte problema:

João bebe muito, especialmente em festas. A esposa dele, Maria, o adverte de que, se ele se embriagar outra vez, ela pegará os filhos e o abandonará. João realmente chega em casa bêbado depois de uma festa no escritório. Será que Maria o abandonará?

Os pré-adolescentes e a maioria dos adolescentes responderam "sim": Maria deixaria João porque ela disse que o faria. Adolescentes e adultos mais maduros levaram em conta as dimensões humanas do problema; perceberam que Maria poderia não cumprir sua ameaça. Os pensadores *mais* maduros reconheceram que existem diversas formas de interpretar o mesmo problema e que o modo como as pessoas consideram essas questões costuma depender de sua experiência de vida. A capacidade de imaginar múltiplos desfechos só estava parcialmente relacionada com a idade. Embora ela não aparecesse antes da adolescência tardia ou do início da idade adulta, adultos de 40 anos não necessariamente pensavam de maneira mais madura do que adultos de 20.

Outra pesquisa, porém, constatou uma progressão geral relacionada com a idade rumo ao pensamento pós-formal ao longo do início e dos meados da idade adulta, especialmente quando emoções estão envolvidas (Blanchard-Fields, 1986). Em um estudo, pediu-se aos participantes que julgassem o que causava os desfechos de uma série

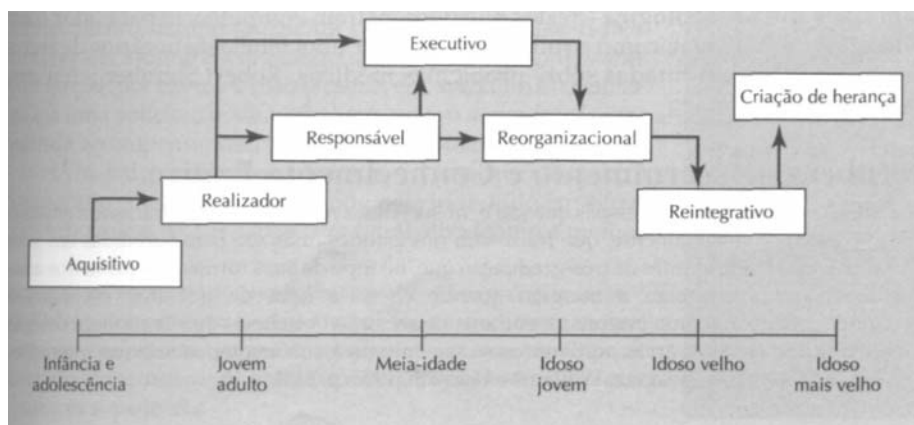
de situações hipotéticas, como, por exemplo, um conflito conjugal. Os adolescentes e os adultos jovens tendiam a culpar os indivíduos, ao passo que pessoas de meia-idade tendiam mais a atribuir o comportamento à interação entre as pessoas e o ambiente. Quanto mais ambígua a situação, maiores as diferenças etárias de interpretação (Blanchard-Fields e Norris, 1994). Posteriormente, neste capítulo, discutiremos métodos de ensino projetados para ajudar adultos a desenvolverem o pensamento pós-formal.

Embora diversos estudos apoiem a existência do pensamento pós-formal (Berg e Klaczynski, 1996; Sinnott, 1996, 1998), críticos dizem que o conceito tem fraca base de pesquisa. Grande parte da pesquisa de apoio assumiu a forma de entrevistas extensas e demoradas que sondavam as opiniões dos participantes de situações hipotéticas e depois compararam suas respostas a critérios subjetivos. Esses estudos não são fáceis de reproduzir; portanto, a validade de suas conclusões não pode ser facilmente testada. Pesquisas futuras podem determinar se medidas confiáveis e objetivas do pensamento pós-formal podem ser desenvolvidas. (Discutiremos mais o pensamento pós-formal no Capítulo 15.)

Schaie: Um Modelo de Desenvolvimento Cognitivo para Toda a Vida

Um dos poucos pesquisadores a propor um modelo completo de estágios de desenvolvimento cognitivo desde a infância até a velhice é K. Warner Schaie (1977-1978; Schaie e Willis, 2000). O modelo de Schaie observa o desenvolvimento dos *usos* do intelecto dentro de um contexto social. Seus sete estágios (ver Figura 13-3) giram em torno de objetivos que passam para o primeiro plano nos diversos estágios da vida. Esses objetivos variam desde a aquisição de informações e de habilidades (*o que eu preciso saber*) e da integração prática do conhecimento e das habilidades (*como utilizar o que eu sei*) até uma busca de significado e de propósito (*o que eu deveria saber*). Os sete estágios são os seguintes:

1. **Estágio aquisitivo** (infância e adolescência). Crianças e adolescentes adquirem informações e habilidades principalmente por seu próprio valor ou como preparação para participação na sociedade.
2. **Estágio realizador** (final da segunda década de vida ou início dos 20 até início dos 30 anos). Os jovens adultos não adquirem mais o conhecimento por seu próprio valor; utilizam o que sabem para perseguir objetivos, como a carreira profissional e a família.
3. **Estágio responsável** (final dos 30 ao início dos 60). Pessoas de meia-idade utilizam suas mentes para resolver problemas práticos associados a responsabilidades com os outros, como membros da família ou empregados.
4. **Estágio executivo** (dos 30 e 40 à meia-idade). Pessoas no estágio executivo, o qual pode se sobrepor aos estágios realizador e responsável, são responsáveis



VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar por que o pensamento pós-formal pode ser particularmente adequado para resolver problemas sociais?

estágio aquisitivo

O primeiro dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que crianças e adolescentes adquirem informações e habilidades, principalmente por seu próprio mérito, ou como preparação para participação na sociedade.

estágio realizador

O segundo dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que jovens adultos utilizam o conhecimento para adquirir competência e independência.

estágio responsável

O terceiro dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que pessoas de meia-idade estão preocupadas com objetivos de longo alcance e problemas práticos ligados à sua responsabilidade pelos outros.

estágio executivo

O quarto dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que pessoas de meia-idade responsáveis pelos sistemas sociais lidam com relacionamentos complexos em diversos níveis.

Figura 13-3

Estágios de desenvolvimento cognitivo em adultos.

estágio reorganizacional

O quinto dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que adultos que se aposentam reorganizam sua vida em torno de atividades não-relacionadas ao trabalho.

estágio reintegrativo

O sexto dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que adultos mais velhos preferem concentrar sua energia limitada em tarefas que possuem significado para eles.

estágio de criação de herança

O sétimo dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que pessoas muito idosas preparam-se para a morte registrando suas histórias de vida, distribuindo posses e assim por diante.

pelos sistemas sociais (como organizações governamentais ou comerciais) ou movimentos sociais. Lidam com relacionamentos complexos em múltiplos níveis.

5. **Estágio reorganizacional** (fim da meia-idade, início da idade adulta tardia). As pessoas que se aposentam reorganizam suas vidas e energias intelectuais em torno de interesses significativos que substituem o trabalho remunerado.
6. **Estágio reintegrativo** (idade adulta tardia). Adultos mais velhos, que podem ter perdido parte do envolvimento social e cujo funcionamento cognitivo pode estar limitado por mudanças biológicas, muitas vezes, são mais seletivos em relação a que tarefas despendem esforço. Eles se concentram no propósito do que fazem e concentram-se nas tarefas que mais têm significado para eles.
7. **Estágio de criação de herança** (final da velhice). Perto do fim da vida, depois de concluída a reintegração (ou paralelamente a ela), os idosos podem criar instruções para a disposição de posses valorizadas, fazer preparativos fúnebres, oferecer histórias orais ou escrever suas histórias de vida como herança para seus entes queridos. Todas essas tarefas envolvem o exercício de competências cognitivas dentro de um contexto social e emocional.

Nem todo mundo passa por todos os estágios nas idades sugeridas. Como rapaz no *estágio* aquisitivo, Arthur Ashe adquiriu o conhecimento e as habilidades necessárias para se tornar um grande tenista. Enquanto ainda estava no ensino médio e superior, já estava ingressando no *estágio realizador*, refinando seu conhecimento e suas habilidades para vencer torneios amadores e para preparar a base para uma carreira profissional de tênis. Aos 30 anos, ele passou para o *estágio responsável*, ajudando a fundar um sindicato de tenistas, atuando como seu presidente e, depois, tornando-se capitão da equipe americana na Copa Davis. Também se tornou mais consciente de sua responsabilidade em utilizar sua posição para promover a justiça racial e a igualdade de oportunidade. Entrando no *estágio executivo*, serviu como presidente da Associação Nacional do Coração e como membro da diretoria de corporações, além de estabelecer programas de tênis para jovens desfavorecidos em diversas cidades. Enquanto isso, sua precoce aposentadoria do tênis e depois sua luta com a AIDS o levaram a um *estágio reorganizacional*, dando palestras, escrevendo, jogando golfe e atuando como comentarista esportivo na televisão. Sua decisão final em revelar publicamente sua enfermidade levou-o aos *estágios reintegrativo e de criação de herança*, liderando um movimento nacional pela pesquisa e pela educação sobre AIDS e escrevendo livros sobre a história afro-americana - projetos que teriam um impacto duradouro.

Se os adultos, de fato, passam por estágios como esses, então os testes psicométricos tradicionais, que utilizam os mesmos tipos de tarefas para medir a inteligência em todos os períodos da vida, podem ser inadequados para eles. Testes desenvolvidos para medir o conhecimento e as habilidades de crianças podem não ser adequados para medir a competência cognitiva de adultos, que utilizam conhecimento e habilidades para resolver problemas práticos e para alcançar objetivos de sua escolha. Se os testes convencionais não exploram capacidades essenciais à inteligência adulta, talvez necessitemos de medidas que possuam o que Schaie (1978) chama de **validade ecológica** - testes que demonstrem competência para lidar com os desafios da vida real, como equilibrar gastos, ler uma tabela de horários de trens e tomar decisões informadas sobre problemas médicos. Robert Sternberg deu um passo nessa direção.

Sternberg: Discernimento e Conhecimento Prático

Todos nós conhecemos pessoas que são bem-sucedidas nos estudos, mas fracassam em suas carreiras, ou inversamente, que fracassam nos estudos, mas são bem-sucedidas em suas carreiras. Há estudantes de pós-graduação que, no topo de suas turmas nos primeiros anos de ensino, caem para a margem quando chega a hora de trabalhar de maneira independente em uma pesquisa e em uma dissertação. A maioria de nós conhece colegas cujo brilho em suas áreas acadêmicas só se equipara a sua incompetência nas interações sociais. (Sternberg, Wagner, Williams e Horvath, 1995, p. 912)

validade ecológica

Característica dos testes de inteligência adultos que indica competência para lidar com problemas reais ou com desafios enfrentados por adultos.

VERIFICADOR _____**Você é capaz de ...**

- ✓ Descrever os sete estágios de desenvolvimento cognitivo de Schaie e explicar por que os testes de inteligência criados para crianças podem não ser válidos para adultos?

Alix, Bárbara e Courtney inscreveram-se em programas de pós-graduação na Universidade de Yale. Alix havia tirado A em quase todas as disciplinas de graduação, obteve alta pontuação no Exame de Desempenho Universitário (EDU) e tinha excelentes recomendações. As notas de Bárbara eram apenas boas, e sua pontuação no EDU foram baixos para os padrões de Yale, mas suas cartas de recomendação elogiavam entusiasticamente sua pesquisa excepcional e suas idéias criativas. As notas, a pontuação no EDU e as recomendações de Courtney eram boas, mas não estavam entre as melhores.

Alix e Courtney foram admitidas no programa de pós-graduação. Bárbara não foi admitida, mas foi contratada como pesquisadora associada e, paralelamente, assistiu às aulas no curso de pós-graduação. Alix saiu-se muito bem no primeiro ano, mas não tão bem depois disso. Bárbara confundiu o comitê de admissão realizando um trabalho excepcional. O desempenho de Courtney no curso de pós-graduação foi apenas razoável, mas teve pouca dificuldade para obter um emprego posteriormente (Trotter, 1986).

Segundo a teoria triárquica da inteligência de Sternberg (apresentada no Capítulo 9), Bárbara e Courtney eram fortes em dois aspectos da inteligência que os testes psicométricos não abordam: *insight* criativo (o que Sternberg chama de *elemento experiencial*) e inteligência prática (o *elemento contextual*). Uma vez que *insight* e inteligência prática são muito importantes na vida adulta, os testes psicométricos são muito menos úteis para aferir a inteligência de adultos e prever seu êxito na vida do que para medir a inteligência de crianças e prever seus êxito na escola. Como estudante de graduação, a capacidade *componencial* (analítica) de Alix ajudou-a a passar pelas provas. Contudo, na escola de pós-graduação, onde se espera um pensamento original, a inteligência *experiencial* superior de Bárbara - seus *insights* e suas idéias inovadoras - começaram a brilhar. O mesmo ocorreu com a inteligência prática *contextual* de Courtney - sua "experiência de rua". Ela sabia "se virar". Escolheu tópicos de pesquisa "quentes", submeteu trabalhos aos periódicos "certos" e sabia onde e como se candidatar para empregos.

Estudos sugerem que a produção criativa e a capacidade de resolver problemas práticos desenvolve-se pelo menos até a meia-idade (ver Capítulo 5), enquanto a capacidade de resolver problemas acadêmicos geralmente diminui (Sternberg, Wagner, Williams e Horvath, 1995). Problemas práticos emergem da experiência pessoal, assim como as informações necessárias para resolvê-los. Sendo mais relacionados com o solucionador, evocam pensamento mais cuidadoso e oferecem uma melhor medida da capacidade cognitiva do que problemas acadêmicos, que são inventados por outra pessoa, fornecem todas as informações necessárias e estão desvinculados da vida cotidiana. Problemas acadêmicos geralmente têm uma resposta definitiva e uma forma correta de encontrá-la; problemas práticos costumam ser pouco definidos e possuem diversas soluções possíveis e maneiras de alcançá-las, cada uma com vantagens e desvantagens (Neisser, 1976; Sternberg e Wagner, 1989; Wagner e Sternberg, 1985). A experiência de vida ajuda os adultos a resolver esses problemas.

Um aspecto importante da inteligência prática é o **conhecimento tácito**: "informações internas", "*Know-how*" ou compreensão que não é formalmente ensinada ou abertamente expressa (Sternberg e Wagner, 1993; Sternberg et al., 1995; Wagner e Sternberg, 1986). O conhecimento tácito, que adquirimos principalmente sozinhos, é o conhecimento útil de como agir para alcançar metas pessoais. É o conhecimento prático de como progredir - como ganhar uma promoção ou contornar a burocracia. O conhecimento tácito pode incluir o *manejo de si mesmo* (saber motivar a si mesmo e a organizar o tempo e a energia), *manejo de tarefas* (por exemplo, saber escrever o trabalho do semestre ou uma solicitação de verba) e o *manejo dos outros* (saber quando recompensar ou criticar os subordinados).

O método de Sternberg de testar o conhecimento tácito é comparar o curso de ação escolhido pelo indivíduo em situações hipotéticas relacionadas com o trabalho (como a melhor

conhecimento tácito

Na terminologia de Sternberg, são as informações que não são formalmente ensinadas ou abertamente expressas, mas que são necessárias para progredir.



Estas colegas conversando informalmente sobre seu trabalho serão auxiliadas a alcançar êxito profissional por seu conhecimento tácito - informações práticas, "internas", sobre como as coisas são feitas, as quais não são formalmente ensinadas, mas que devem ser adquiridas a partir da experiência.

forma de obter uma promoção) com as escolhas de especialistas na área e com "regras gerais" aceitas. O conhecimento tácito, medido dessa forma, parece não estar relacionado com o QI e prevê o desempenho no trabalho melhor do que os testes psicométricos, os quais por si mesmos explicam apenas de 4 a 25% da variação no desempenho das pessoas nas situações da vida real (Sternberg et al., 1995).

Evidentemente, o conhecimento tácito não é tudo de que se precisa para ser bem-sucedido; outros aspectos da inteligência também contam. Em estudos com administradores de negócios, testes de conhecimento tácito, juntamente com testes de QI e de personalidade, prognosticaram praticamente *toda* a variância de desempenho, medida por critérios como salário, anos de experiência administrativa e êxito da empresa (Sternberg et al., 1995). Em um estudo mais recente, o conhecimento tácito estava relacionado com os salários que os administradores recebiam em uma determinada idade e com o nível de seus cargos, independentemente da origem familiar e do grau de instrução. É interessante que os administradores mais instruídos não eram aqueles que haviam passado muitos anos com uma empresa ou muitos anos trabalhando como gerentes, e sim aqueles que haviam trabalhado para o maior número de empresas, talvez adquirindo maior amplitude de experiência (Williams e Sternberg, em fase de elaboração).

Mais pesquisas são necessárias para determinar como e quando o conhecimento tácito é adquirido, por que algumas pessoas o adquirem com mais eficiência do que outras e como ele pode melhor ser medido. Entrementes, testes de inteligência prática, como esses, podem ser um suplemento valioso aos testes de aptidão hoje amplamente utilizados na contratação e na promoção.

Inteligência Emocional

Em meados da década de 1980, a metade do corpo de vendas da Companhia Metropolitana de Seguros de Vida - incapazes de aceitar a constante frustração de serem rejeitados em suas ofertas de venda - abandonavam o emprego no primeiro ano, e quatro a cada cinco ficavam menos do que quatro anos. A companhia pediu ao psicólogo Martin Seligman que criasse um teste que predissesse que vendedores prospectivos seriam mais persistentes. Os candidatos ao emprego foram solicitados a escolher entre duas respostas a uma série de problemas hipotéticos, como o seguinte (Park, 1995, p. 65):

Cai-se muitas vezes ao esquiar.

A. Esquiar é difícil.

B. As trilhas estavam escorregadias.

A resposta que Seligman estava procurando era a da letra B. O sucesso, raciocinou ele, está relacionado com a auto-estima. Ele estava em busca de pessoas otimistas, que vêem o fracasso como um contratempo devido a condições temporárias, e não como reflexo de sua própria inadequação e que são mais capazes de lidar com a rejeição. Realmente, no trabalho, os "muito otimistas" - que haviam se saído excepcionalmente bem no teste de Seligman, mas que tinham sido reprovados no teste de seleção costumeiro da empresa - tiveram um desempenho 21% melhor no primeiro ano e 57% melhor no segundo ano do que aqueles que tinham se saído bem no teste normal (Gibbs, 1995).

A observação de que qualidades emocionais (como o otimismo) influenciam o êxito não é nova e evidentemente nem se aplica apenas a adultos. Entretanto, é na vida adulta, com seus desafios de "vai-ou-racha", que podemos talvez ver com mais clareza o papel das emoções para influenciar a efetividade com que as pessoas usam suas mentes - como Arthur Ashe demonstrou repetidas vezes.

Em 1990, dois psicólogos, Peter Salovey e John Mayer, cunharam o termo **inteligência emocional** (às vezes chamada de QE). Ele se refere à capacidade de compreender e de regular as emoções - reconhecer e lidar com nossos próprios sentimentos e com os sentimentos dos outros. Em outras palavras, a inteligência emocional é a capacidade de processar as informações emocionais. Daniel Goleman (1995a), psicólogo e escritor científico que popularizou o conceito, expandiu-o para incluir qualidades como o otimismo, a escrupulosidade, a motivação, a empatia e a competência social.

Segundo Goleman, essas capacidades podem ser mais importantes para o sucesso, no trabalho e em outros aspectos, do que o QI. Como observaram alguns executivos corporativos, "O QI faz alguém ser contratado, mas o QE o faz ser promovido" (Gibbs,

inteligência emocional

Na terminologia de Salovey e Mayer, é a capacidade de compreender e de regular as emoções; um componente importante do comportamento inteligente efetivo.

1995, p. 66). Goleman cita estudos com quase 500 corporações em que as pessoas de maior QE subiram ao topo. A inteligência emocional pode contribuir para a capacidade de adquirir conhecimento tácito. Ela também pode influenciar o quão bem as pessoas conduzem-se a si mesmas nos relacionamentos íntimos.

A inteligência emocional não é o oposto da inteligência cognitiva, diz Goleman; algumas pessoas são bem dotadas de ambas, enquanto outras têm pouco de qualquer uma delas. Ele especula que a inteligência emocional pode estar basicamente definida em meados da adolescência, quando as partes cerebrais que controlam como as pessoas agem sobre suas emoções amadurecem. Homens e mulheres parecem ter forças emocionais diferentes. Em um teste de QE aplicado a 4.500 homens e 3.200 mulheres, as mulheres obtiveram escores mais altos em empatia e em responsabilidade social, os homens em tolerância ao estresse e em autoconfiança (Murray, 1998). Tarefas de tipos diferentes exigem tipos diferentes de inteligência emocional.

A inteligência emocional assemelha-se a outras teorias e a outros conceitos do desenvolvimento. Ela é remanescente das inteligências intrapessoal e interpessoal propostas por Gardner (ver Capítulo 9). Ela também se assemelha ao pensamento pós-formal em sua conexão entre emoção e cognição.

Embora a pesquisa confirme o papel das emoções no comportamento inteligente, o conceito de inteligência emocional é controverso. Difícil como é avaliar a inteligência cognitiva, a inteligência emocional pode ser ainda mais difícil de medir. Em primeiro lugar, aglomerar as emoções pode ser enganoso. Como avaliamos alguém que sabe lidar com o medo, mas não com a culpa, ou que sabe enfrentar o estresse melhor do que o tédio? Além disso, a utilidade de uma certa emoção pode depender das circunstâncias. A raiva, por exemplo, pode levar a um comportamento destrutivo ou construtivo. A ansiedade pode alertar uma pessoa para o perigo, mas também bloquear a ação efetiva (Goleman, 1995a). Além disso, a maioria dos pretensos componentes da inteligência emocional geralmente são considerados traços da personalidade. Uma investigação constatou que medidas objetivas do QE, como atualmente definidas, são inconfiáveis, e aquelas que dependem de auto-avaliações são quase indistinguíveis dos testes de personalidade (Davies, Stankov e Roberts, 1998).

Em última análise, agir pelas emoções reduz-se a um julgamento de valor. E mais inteligente obedecer ou desobedecer à autoridade? Inspirar os outros ou explorá-los? "As habilidades emocionais, como as intelectuais, são moralmente neutras... Sem uma bússola moral para guiar as pessoas sobre como utilizar seus talentos, a inteligência emocional pode ser utilizada para o bem ou para o mal" (Gibbs, 1995, p. 68). A seguir vamos examinar o desenvolvimento dessa "bússola moral" na idade adulta.

Pense sobre isso ...

- Em que tipos de situações o pensamento pós-formal seria mais útil? Dê exemplos específicos. Faça o mesmo para o conhecimento tácito e para inteligência emocional.
- Quem é a pessoa mais inteligente que você conhece? Por que você considera essa pessoa excepcionalmente inteligente?
- Você pediria ou não a esta pessoa um conselho sobre um problema pessoal? Por quê?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Comparar as diversas perspectivas teóricas da cognição adulta?
- ✓ Citar críticas dos conceitos de pensamento pós-formal e da inteligência emocional?

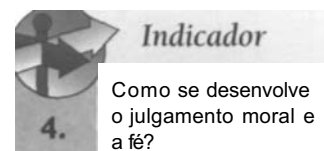
Desenvolvimento Moral

Na influente teoria de Lawrence Kohlberg, o desenvolvimento moral de crianças e de adolescentes é um processo racional que acompanha a maturação cognitiva. Os jovens progridem no julgamento moral à medida que abandonam o pensamento egocêntrico e tornam-se capazes de pensamento abstrato. Na idade adulta, entretanto, os julgamentos morais costumam parecer mais complexos; experiência e emoção desempenham um papel importante. Vamos examinar como Kohlberg tratou essas questões e, depois, o trabalho de Carol Gilligan, que investigou o desenvolvimento moral nas mulheres e questionou os valores no âmago da teoria de Kohlberg.

Viver e Aprender:

O Papel da Experiência na Teoria de Kohlberg

Segundo Kohlberg, o avanço para o terceiro nível de julgamento moral - a moralidade pós-convencional plenamente baseada em princípios - depende sobretudo da experiência (ver Capítulo 11). A maioria das pessoas não alcança esse nível antes dos 20 anos, quando alcança. Embora a consciência cognitiva de princípios morais superiores costume desenvolver-se na adolescência, as pessoas normalmente não se comprometem com esses princípios antes da idade adulta (Kohlberg, 1973). Duas experiências que estimulam o desenvolvimento moral em jovens adultos são encontrar valo-



res conflitantes longe de casa (como ocorre na faculdade ou nas forças armadas ou, às vezes, em viagens ao exterior) e ser responsável pelo bem-estar de outras pessoas (como ao ter filhos).

A experiência leva os adultos a reavaliar seus critérios do que é certo e justo. Alguns adultos espontaneamente oferecem experiências pessoais como justificativa para suas respostas a dilemas morais. Por exemplo, pessoas que tiveram câncer ou cujos parentes ou amigos tiveram câncer são mais propensas a tolerar que um marido roube um remédio caro para salvar sua esposa moribunda e a explicar esse ponto de vista em termos de sua própria experiência (Bielby e Papalia, 1975). As experiências de Arthur Ashe em um ambiente altamente competitivo, comandando a equipe americana na Copa Davis, levaram-no a ser mais ativista e franco em sua defesa de um fim para o *apartheid* na África do Sul. Essas experiências, fortemente influenciadas pela emoção, desencadeiam reconsiderações de uma forma que discussões hipotéticas e impessoais não são capazes, tendo mais chances de ajudar as pessoas a verem outros pontos de vista.

Em relação aos julgamentos morais, portanto, os estágios cognitivos não contam toda a história. É claro que alguém cujo pensamento ainda é egocêntrico tende a não tomar decisões morais em um nível pós-convencional, mas até mesmo alguém capaz de pensar de forma abstrata pode não atingir o nível mais elevado de desenvolvimento moral - a menos que a experiência alcance a cognição. Muitos adultos que são capazes de pensar por si mesmos não rompem com o molde convencional a menos que suas experiências os preparem para a transição. Além disso, a experiência é interpretada em um contexto cultural.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Dar exemplos do papel da experiência no desenvolvimento moral adulto?

Diferenças Culturais

Pessoas nascidas e criadas em um *kibbutz* (estabelecimento industrial ou agrícola coletivo) em Israel estão impregnadas com uma perspectiva socialista. Como essas pessoas se saem em um problema como o do dilema de Heinz, o qual contrapõe o valor da vida humana contra o direito de um farmacêutico de cobrar o que é comercialmente aceito? Os entrevistadores que utilizaram o manual de pontuação padronizada de Kohlberg tiveram dificuldade para tentar classificar a seguinte resposta:

O remédio deve estar à disposição de todos que dele necessitarem; o farmacêutico não deveria ter o direito de decidir por si... A comunidade ou a sociedade como um todo deveria ter o controle sobre o remédio.

Respostas como essa eram acompanhadas de declarações sobre a importância de obedecer à lei e assim confundiram os entrevistadores, que as avaliaram como compatíveis com o julgamento convencional do quarto estágio ou como estando em transição entre o quarto e quinto estágios. Entretanto, sob a perspectiva de um morador de um *kibbutz* israelita, essa resposta pode representar um princípio moral pós-convencional ausente da descrição do quinto estágio feita por Kohlberg. Se a afiliação a um *kibbutz* for vista como um compromisso com determinados valores sociais, incluindo a cooperação e a igualdade para todos, a preocupação com a sustentação do sistema pode não ser apenas por seu próprio valor, mas também por visar à proteção desses princípios (Snarey, 1985).

Quando os dilemas de Kohlberg foram testados na Índia, os monges budistas de Ladakh, um enclave tibetano, obtiveram pontuação inferior a de leigos. Parece que o modelo de Kohlberg, apesar de captar os elementos pré-convencionais e convencionais do pensamento budista, era inadequado para compreender os princípios budistas pós-convencionais de cooperação e de não-violência (Gielen e Kelly, 1983). Além disso, na cultura indiana, as pessoas tendem a não ser consideradas responsáveis por transgressões provocadas por forças externas. Ao ouvirem uma história sobre um homem que bateu em dois estranhos com uma revista enrolada depois que eles caçoaram de suas deformidades faciais, os participantes indianos eram mais propensos do que os americanos a desculpar o comportamento do homem deformado por ser devido à coerção emocional (Bersoff e Miller, 1993).

O dilema de Heinz foi modificado para ser utilizado em Taiwan. Na versão modificada, um lojista recusa-se a dar *comida* a um homem para sua esposa doente. Essa versão pareceria inacreditável aos aldeões chineses, que em uma situação desse tipo estão mais acostumados a ouvir um lojista dizer "E preciso dar as coisas às pessoas, quer elas tenham dinheiro, quer não" (Wolf, 1968, p. 21).

Ainda que o sistema de Kohlberg baseie-se na justiça, o *ethos* chinês inclina-se para a conciliação e harmonia. No formato de Kohlberg, os entrevistados tomam uma decisão eliminatória baseados em seus próprios sistemas de valor. Na sociedade chinesa, pessoas que enfrentam um dilema moral o discutem abertamente, são guiadas pelos padrões da comunidade e tentam encontrar um modo de resolver o problema para agradar a tantas partes quanto possível. No Ocidente, até pessoas boas podem ser duramente punidas se, sob a força das circunstâncias, infringirem a lei. Os chineses não estão acostumados a leis de aplicação universal; eles preferem acatar as decisões de um juiz sábio (Dien, 1982).

0 Sétimo Estágio

Kohlberg, pouco tempo antes de falecer em 1987, propôs um sétimo estágio de julgamento moral, que ultrapassa as considerações de justiça e tem muito em comum com o conceito de autotranscendência das tradições orientais. No sétimo estágio, adultos refletem sobre a questão "Por que ser moral?" (Kohlberg e Ryncarz, 1990, p. 192; itálico nosso). A resposta, disse Kohlberg, está em alcançar uma perspectiva cósmica: ("Um senso de unidade com o cosmos, com a natureza ou com Deus"), o que permite a uma pessoa considerar as questões morais "do ponto de vista do universo como um todo" (Kohlberg e Ryncarz, 1990, p. 191, 207). Ao experimentarem unidade com o universo, as pessoas começam a entender que tudo está ligado, que as ações de cada pessoa afetam todas as outras coisas e pessoas e que as consequências repercutem em que as fez.

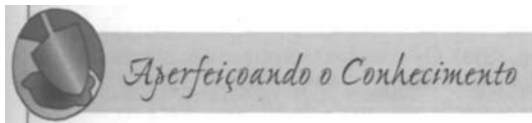
Essa idéia foi expressada de modo eloquente em uma carta escrita na metade do século XIX pelo Chefe Seattle, indígena norte-americano líder das tribos Suquamish e Duwamish, quando o governo dos Estados Unidos queria comprar as terras indígenas:

Fazemos parte da terra e ela faz parte de nós.... O homem não teceu a teia da vida, ele é apenas um fio dela. Tudo o que faz a ela, ele faz a si mesmo... Assim, se vendermos nossa terra a vocês, amem-na como nós a amamos. Cuidem dela como nós cuidamos... Como nós fazemos parte da terra, vocês também fazem parte da terra. Afinal, somos irmãos. (Chief Seattle, citado em Campbell e Moyers, 1988, p. 34-35)

A realização de uma perspectiva desse tipo é tão rara, que o próprio Kohlberg tinha dúvidas a respeito de chamá-la de estágio de desenvolvimento, e ela foi pouco explorada pela pesquisa. Kohlberg observou que ela acompanha o estágio mais maduro

Pense sobre isso...

- Você já teve alguma experiência com uma pessoa de outra cultura que envolveu diferenças nos princípios morais?



Quadro 13-2

O Desenvolvimento da Fé durante a Vida

Pode a fé ser estudada sob uma perspectiva de desenvolvimento? Sim, segundo James Fowler (1981, 1989). Fowler definia fé como um modo de ver ou de conhecer o mundo. Para descobrir como as pessoas chegam a esse conhecimento, Fowler e seus alunos da Harvard Divinity School entrevistaram mais de 400 pessoas de todas as idades e com diversas experiências étnicas, educacionais e socioeconômicas e com diversas identificações e afiliações religiosas ou seculares.

A teoria de Fowler focaliza a *forma* da fé, e não seu conteúdo ou objeto; ela não se limita a algum sistema de crença particular. A fé pode ser religiosa ou não-religiosa: as pessoas podem ter fé em um deus, na ciência, na humanidade ou em uma causa à qual dão valor máximo e que dá sentido a sua vida.

Segundo Fowler, a fé desenvolve-se - como outros aspectos da cognição - através da interação entre a pessoa que amadurece e o ambiente. Como em outras teorias de estágios, os es-

tágios de fé de Fowler progridem em uma sequência invariável, cada um deles baseado no anterior. Novas experiências - crises, problemas ou revelações - que desafiam ou perturbam o equilíbrio de uma pessoa podem ocasionar um salto de um estágio para o outro. As idades nas quais essas transições ocorrem são variáveis, e algumas pessoas nunca deixam um determinado estágio.

Os estágios de Fowler correspondem aproximadamente aos descritos por Piaget, Kohlberg e Erikson e às "eras" de desenvolvimento psicossocial adulto descritas por Daniel Levinson (ver Capítulo 14). Os primórdios da fé, diz Fowler, ocorrem em torno dos 18 anos aos 24 meses, depois que as crianças tornam-se autoconscientes, começam a utilizar a linguagem e o pensamento simbólico e desenvolvem o que Erikson chamou de *confiança básica*: a sensação de que suas necessidades serão atendidas por adultos que representem força.

(continua)



- *Primeiro Estágio: Fé intuitivo-projetiva* (dos 18 ou 24 meses aos 7 anos). Enquanto lutam para entender as forças que controlam seu mundo, as crianças pequenas formam imagens poderosas, imaginativas, muitas vezes, apavorantes e, às vezes, duradouras de Deus, céu e inferno, extraídas das histórias que os adultos lêem para elas. Essas imagens são, muitas vezes, irracionais, pois crianças pré-operacionais tendem a se confundir sobre causa e efeito e podem ter problemas para distinguir realidade e fantasia. Ainda egocêntricas, têm dificuldade para distinguir o ponto de vista de Deus do seu ou do de seus pais. Elas pensam em Deus principalmente em termos de obediência e de punição.
- *Segundo Estágio: Fé mítico-litera* (dos 7 aos 12 anos). As crianças agora são mais lógicas e começam a desenvolver uma visão mais coerente do universo. Ainda incapazes de pensamento abstrato, tendem a interpretar as histórias e os símbolos religiosos de maneira literal, quando adotam as crenças e as observâncias de suas famílias e da comunidade. Agora podem admitir que Deus tenha uma perspectiva além da sua, a qual leva em conta o esforço e a intenção das pessoas. Acreditam que Deus é justo e que as pessoas recebem o que merecem.
- *Terceiro Estágio: Fé sintético-convencional* (adolescência ou período posterior). Os adolescentes, agora capazes de pensamento abstrato, começam a formar ideologias (sistemas de crença) e comprometimentos com ideais. Ao buscarem uma identidade, procuram um relacionamento mais pessoal com Deus. Entretanto, sua identidade não tem bases firmes; buscam nos outros (geralmente nos pares) autoridade moral. Sua fé é incondicional e conforma-se aos padrões da comunidade. Esse estágio é típico de seguidores da religião organizada; cerca de 50% dos adultos pode nunca ultrapassá-lo.
- *Quarto Estágio: Fé individuativo-reflexiva* (início a meados dos 20 anos ou depois). Os adultos que alcançam esse estágio pós-convencional examinam sua fé criticamente e criam suas próprias crenças, independentemente de autoridades externas e de normas de grupo. Uma vez que os jovens adultos estão profundamente preocupados com a intimidade, o movimento para esse estágio, muitas vezes, é desencadeado pelo divórcio, pela morte de um amigo ou por algum outro evento estressante.
- *Quinto Estágio: Fé conjuntiva* (meia-idade ou período posterior). Pessoas de meia-idade tornam-se mais conscientes dos limites da razão. Reconhecem os paradoxos e as contradições da vida e, muitas vezes, lutam com conflitos entre satisfazer suas próprias necessidades e sacrificar-se pelos outros. Ao começarem a antever a morte, podem alcançar uma compreensão e uma aceitação mais profunda, integrando a sua fé a aspectos de suas crenças anteriores.
- *Sexto Estágio: Fé universalizante* (idade avançada). Nesta rara e máxima categoria, Fowler colocou líderes morais e espirituais como Mahatma Gandhi, Martin Luther King e Madre Teresa, cuja amplitude de visão e comprometimento com o bem-estar de toda a humanidade inspiram profundamente outras pessoas. Imbuídos de um sentido de "participação em um poder que unifica e transforma o mundo", parecem "mais lúcidas, mais simples e, não obstante, mais plenamente humanas do que o resto de nós" (Fowler, 1981, p. 201). Por ameaçarem a ordem estabelecida, costumam transformar-se em mártires, e, embora amem a vida, não se apegam a ela. Esse estágio corresponde ao sétimo estágio de desenvolvimento moral de Kohlberg.

Por ser um dos primeiros pesquisadores a estudar sistematicamente como se desenvolve a fé, Fowler tem tido grande impacto; a leitura de sua obra tem sido exigida em muitas escolas protestantes. Ela também foi criticada em vários aspectos (Koenig, 1994). Os críticos dizem que o conceito de fé de Fowler está em desacordo com definições convencionais, que envolvem aceitação, e não introspecção. Questionam a ênfase no conhecimento cognitivo e alegam que ele subestima a maturidade de uma fé simples, sólida e incondicional (Koenig, 1994). Os críticos também questionam se a fé desenvolve-se em estágios universais - pelo menos nos que Fowler identificou. O próprio Fowler advertiu que os estágios avançados não devem ser vistos como melhores ou mais verdadeiros do que outros, embora ele de fato represente as pessoas em seu estágio mais elevado como exemplos morais e espirituais.

A amostra de Fowler não foi randomicamente selecionada; ela consistia de voluntários pagos que viviam em cidades norte-americanas onde havia grandes faculdades (ou em cidades próximas). Por isso, os achados podem ser mais representativos de pessoas com inteligência e educação acima da média (Koenig, 1994). Os achados tampouco são representativos de culturas não-ocidentais. Além disso, a amostra inicial incluía poucas pessoas com mais de 60 anos. Para remediar esse problema, Richard N. Shulik (1988) entrevistou 40 adultos mais velhos e constatou uma forte relação entre seus estágios de fé e seus níveis "kohlbergianos" de desenvolvimento moral. Contudo, também constatou que pessoas mais velhas em níveis intermediários de desenvolvimento da fé tinham menos propensão à depressão do que pessoas idosas em estágios superiores ou inferiores; talvez aqueles com cognição mais desenvolvida estivessem mais conscientes das mudanças associadas ao envelhecimento. Portanto, a teoria de Fowler pode ignorar o valor adaptativo da crença religiosa convencional para muitos adultos mais velhos (Koenig, 1994; ver Quadro 18-1, no Capítulo 18).

Algumas dessas críticas se assemelham às feitas contra outros modelos de desenvolvimento humano. As amostras de Piaget, de Kohlberg e de Erikson também não foram selecionadas randomicamente. Mais pesquisas são necessárias para confirmar, para modificar ou para estender a teoria de Fowler, principalmente em culturas não-ocidentais.

de ir identificado pelo teólogo James Lovvler (1981) (ver Quadro 13-2), em que "experimentamos uma integração com as condições últimas de nossa vida e de nosso ser" (Kohlberg e Ryncarz, 1990, p. 202).

A Teoria de Gilligan: O Desenvolvimento Moral das Mulheres

Uma vez que os estudos originais de Kohlberg foram feitos com meninos e homens, Carol Gilligan (1982, 1987a, 1987b) argumentou que o sistema por ele desenvolvido dá mais destaque a valores "masculinos" (justiça e imparcialidade) do que a valores "femininos" (compaixão, responsabilidade e afeto). Segundo Gilligan, o dilema moral central de uma mulher é o conflito entre suas próprias necessidades e as dos outros. Enquanto a maioria das sociedades tipicamente espera assertividade e julgamento independente dos homens, das mulheres elas esperam auto-sacrifício e preocupação com os outros.

Para descobrir como as mulheres fazem escolhas morais, Gilligan (1982) entrevistou 29 mulheres grávidas sobre suas decisões de continuar ou cessar suas gestações. Essas mulheres viam a moralidade em termos de egoísmo *versus* responsabilidade, definida como uma obrigação de exercer carinho e de evitar ferir os outros. Gilligan concluiu que as mulheres pensam menos sobre justiça e imparcialidade abstrata do que os homens e mais sobre suas responsabilidades com pessoas específicas. (A Tabela 13-1 apresenta os níveis de desenvolvimento moral nas mulheres propostos por Gilligan.)

Será que outras pesquisas comprovam as diferenças de gênero no raciocínio moral? Alguns estudos baseados nos dilemas de Kohlberg indicam diferenças nos níveis alcançados por homens e mulheres - diferenças invariavelmente a favor dos homens. Entretanto, uma análise em grande escala comparando os resultados de muitos estudos não constatou diferenças significativas nas respostas de homens e mulheres aos dilemas de Kohlberg durante o ciclo de vida (Walker, 1984). Nos poucos estudos em que os ho-



Carol Gilligan (centro) estudou o desenvolvimento moral nas mulheres e, posteriormente, nos homens e concluiu que a preocupação com os outros está no nível mais elevado de pensamento moral.

Tabela 13-1 Níveis de Desenvolvimento Moral nas Mulheres segundo Gilligan

Etapa	Descrição
Nível 1: Orientação de sobrevivência individual <i>Primeira Transição: do egoísmo à responsabilidade</i>	A mulher concentra-se nela mesma - no que é prático e no que é melhor para ela. A mulher percebe sua ligação com os outros e pensa sobre qual seria a escolha responsável em termos de outras pessoas (incluindo seu bebê ainda não-nascido), bem como de si mesma.
Nível 2: Bondade como auto-sacrifício <i>Segunda transição: da bondade à verdade</i>	Essa sabedoria feminina convencional determina sacrificar os próprios desejos da mulher pelo que outras pessoas querem - e pensarão dela. Ela se considera responsável pelas ações dos outros e, ao mesmo tempo, atribui aos outros a responsabilidade por suas próprias ações. Ela está em uma posição dependente, na qual seus esforços indiretos para exercer controle muitas vezes se convertem em manipulação, às vezes através do uso de culpa. A mulher avalia suas decisões não com base em como os outros reagirão a elas, mas em suas próprias intenções e nas consequências de suas próprias ações. Ela desenvolve um novo julgamento que leva em conta suas próprias necessidades, juntamente com as dos outros. Ela quer ser "boa" sendo responsável pelos outros, mas também quer ser "honesta" sendo responsável consigo mesma. A sobrevivência retorna como preocupação importante.
Nível 3: Moralidade da não-violência	Ao elevar a injunção contra ferir qualquer pessoa (inclusive a si mesma) a um princípio que rege toda ação e julgamento moral, a mulher estabelece uma "igualdade moral" entre ela mesma e os outros e depois é capaz de assumir a responsabilidade pela escolha em dilemas morais.

Pense sobre isso...

- Em sua opinião, o que tem prioridade moral superior: justiça e direitos ou compaixão e cuidado?
- Em sua opinião, a fé em um ser divino é necessária para viver de maneira moral?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Comparar o sétimo estágio proposto por Kohlberg com o nível mais elevado de desenvolvimento da fé de Fowler?
- ✓ Enunciar a posição original de Gilligan sobre as diferenças de gênero no desenvolvimento moral e fazer um resumo das descobertas de pesquisa sobre o assunto?

mens tinham escores ligeiramente superiores, os achados não tinham clara relação com o gênero, pois os homens geralmente tinham maior nível de instrução e melhores empregos do que as mulheres. Um estudo mais recente com universitários de ambos os sexos não obteve evidência de que o pensamento dos homens seja mais baseado em princípio e o das mulheres mais orientado ao relacionamento (Orr e Luszcz, 1994). Assim, o peso das evidências não parece apoiar nenhuma das afirmações originais de Gilligan: um viés masculino na teoria de Kohlberg ou uma perspectiva feminina distinta da moralidade (Wlaker, 1995). Em um estudo, os pesquisadores fizeram perguntas a universitários sobre a moralidade do comportamento sexual que poderia levar à transmissão de DSTs. Os pesquisadores classificaram as respostas tanto de acordo com os estágios de Kohlberg como com o conceito de orientação moral de Gilligan (justiça e direitos *versus* cuidado e responsabilidade). Não houve diferenças significativas de gênero (Jadack, Hyde, Moore e Keller, 1995).

Em sua própria pesquisa posterior, Gilligan considerou que o desenvolvimento moral *tanto* em homens *como* em mulheres vai além do raciocínio abstrato. Em estudos que utilizam dilemas morais da vida real (como se o amante de uma mulher deveria revelar seu caso ao marido dela), em vez dos dilemas hipotéticos como os utilizados por Kohlberg, Gilligan e colaboradores constataram que muitas pessoas aos 20 anos ficam insatisfeitas com uma lógica moral estreita e tornam-se mais capazes de viver com contradições morais (Gilligan, Murphy e Tappan, 1990). Parece, portanto, que se a "voz diferente" das pesquisas anteriores de Gilligan refletiam um sistema de valor alternativo, ele não era baseado em gênero. Ao mesmo tempo, com a inclusão de seu sétimo estágio, o pensamento de Kohlberg evoluiu a um ponto de maior concordância com Gilligan. Ambas as teorias agora colocam a responsabilidade pelos outros no nível mais elevado de pensamento moral. Ambas reconhecem a importância, para ambos os sexos, dos vínculos com outras pessoas e da compaixão e do cuidado.

Educação e Trabalho

**Indicador**

Como a educação superior e o trabalho afetam o desenvolvimento cognitivo?

As escolhas educacionais e vocacionais após a conclusão do ensino médio decorrem dos desenvolvimentos cognitivos dos anos anteriores e, muitas vezes, apresentam oportunidades para um crescimento cognitivo adicional. Hoje, cerca de dois a cada três alunos que concluem o ensino médio vão direto para a faculdade, cerca de dois terços dos quais para cursos de quatro anos e um terço para cursos comunitários de dois anos, sendo que a maioria dos que concluem o primeiro ano se formam. Em 1998, 31% dos alunos de 25 a 29 anos tinham concluído pelo menos quatro anos de faculdade (NCES, 1999). A maioria dos jovens adultos que não se matricula na faculdade ou que não a conclui entra no mercado de trabalho, mas muitos retornam para concluir seus estudos. Em 1997, cerca de 36% dos estudantes universitários de graduação tinham 25 anos ou mais (U. S. Department of Education, Office of Educational Research and Improvement, 1999).

Para jovens em transição da adolescência para a idade adulta, a exposição a um novo ambiente educacional ou profissional, às vezes afastado do lar de infância, oferece uma chance de aperfeiçoar habilidades, de questionar pressupostos antigos e de experimentar novos modos de observar o mundo. Para um número crescente de alunos de idade não-tradicional, a faculdade ou o local de trabalho podem reacender a curiosidade intelectual, melhorar as oportunidades de emprego e aperfeiçoar as habilidades profissionais.

Desenvolvimento Cognitivo no Ensino Superior

A faculdade pode ser uma época de descoberta intelectual e de desenvolvimento pessoal. Os alunos mudam em resposta ao currículo, que oferece novos *insights* e novas formas de pensar, a outros alunos que questionam antigas opiniões e antigos valores, à cultura estudantil, que é diferente da cultura da sociedade em geral, e aos docentes, que oferecem novos modelos de comportamento.

A escolha de um campo de especialização pode representar o desenvolvimento de um interesse apaixonado ou o prelúdio de uma futura carreira. Ela também tende a influenciar os padrões de pensamento. Em um estudo longitudinal com 165 estudantes

de graduação, calouros que estavam especializando-se em ciência naturais, nas humanas e em ciências sociais apresentaram aperfeiçoamento no raciocínio cotidiano no último ano de estudo, mas diferentes cursos de estudo promoveram diferentes *tipos* de raciocínio. A formação em ciências sociais trouxe incrementos no raciocínio *estatístico e metodológico* - a capacidade de generalizar padrões. Os alunos que se especializavam nas humanas e em ciências naturais tinham melhor raciocínio *condicional* - lógica dedutiva formal, como a utilizada na programação de computadores e em matemática. Esses dois grupos também melhoraram no raciocínio *verbal* - a capacidade de reconhecer argumentos, de avaliar evidências e de detectar analogias (Lehman e Nisbett, 1990).

Além da melhoria nas capacidades de raciocínio, a experiência universitária pode acarretar uma mudança fundamental no modo como os estudantes pensam. Em um clássico estudo que prenunciou a atual pesquisa sobre a transição para o pensamento pós-formal, William Perry (1970) entrevistou 67 estudantes de Harvard e de Radcliffe durante seus anos de graduação e constatou que o pensamento deles evoluiu da *rigidez* para a *flexibilidade* e, por fim, para *comprometimentos livremente escolhidos*. Muitos alunos ingressam na faculdade com idéias rígidas sobre a verdade; não conseguem conceber nenhuma resposta que não seja a resposta "certa". Quando os estudantes começam a encontrar uma ampla gama de idéias e de pontos de vista, disse Perry, são tomados pela incerteza. Entretanto, consideram esse estágio temporário e esperam aprender a "única resposta certa" posteriormente. Depois, passam a ver todo conhecimento e os valores como relativos. Reconhecem que as diversas sociedades e os diversos indivíduos possuem seus próprios sistemas de valor. Agora compreendem que suas opiniões sobre muitas questões são tão válidas quanto as de qualquer outra pessoa, até mesmo de um pai ou de um professor, mas não encontram significado ou valor nesse labirinto de sistemas e crenças. O caos substituiu a ordem. Por fim, alcançam o *comprometimento em meio ao relativismo*: fazem seus próprios juízos e escolhem suas próprias crenças e seus próprios valores apesar da incerteza e do reconhecimento de outras possibilidades válidas.

É possível ensinar universitários a utilizar o pensamento pós-formal? Sinnot (1998) desenvolveu métodos específicos para isso. Criar conjuntamente um sistema de classificação, explorar em grupo as diversas formas de fazer um projeto de pesquisa, debater questões fundamentais sobre o significado da vida, apresentar argumentos em um julgamento judicial simulado e tentar encontrar diversas explicações para um fato são algumas das diversas maneiras de ajudar os alunos a reconhecer que existe mais de uma maneira de examinar e resolver um problema, a apreciar a lógica de sistemas concorrentes e a identificar a necessidade fundamental de se comprometer com um deles.

Estima-se que um terço dos estudantes universitários em tempo integral e dois terços dos que estudam em meio turno trabalham para ajudar com as despesas. De que forma os "malabarismos" para trabalhar e estudar afetam o desenvolvimento cognitivo?

Pense sobre isso . . .

- De acordo com sua experiência, o pensamento dos estudantes universitários tipicamente parece seguir os estágios delineados por Perry?



Estudantes universitários que se especializam em anatomia tendem a aperfeiçoar o raciocínio dedutivo e a capacidade de pesar evidências.

Um estudo longitudinal acompanhou uma amostra randômica de calouros em 23 cursos universitários de dois e quatro anos em 16 Estados durante os primeiros três anos de estudo. Todos os anos, os estudantes faziam testes para verificar suas habilidades de compreensão de leitura, de raciocínio matemático e de pensamento crítico. Durante os primeiros dois anos, as atividades dentro ou fora do *campus* tinham pouco ou nenhum efeito sobre os resultados nos testes. No terceiro ano, o trabalho em turno parcial tinha um efeito positivo, talvez porque o emprego force os alunos a organizar seu tempo de maneira eficiente e a adquirir melhores hábitos de trabalho. Contudo, trabalhar no *campus* mais de 15 horas por semana ou fora dele mais de 20 horas por semana tendia a ter um impacto negativo (Pascarella, Edison, Nora, Hagedorn e Terenzini, 1998).

Complexidade Cognitiva do Trabalho

A natureza do trabalho está mudando. Durante os anos de 1980, pela primeira vez havia mais americanos em cargos executivos, profissionais e técnicos (quase um a cada três trabalhadores) do que na fabricação ou no transporte de mercadorias (um a cada cinco trabalhadores) (U. S. Bureau of the Census, 1990). Os esquemas de trabalho estão tornando-se mais variados e menos estáveis. Cada vez mais os adultos trabalham por conta própria, em casa, remotamente por meio de computadores ou atuando como fornecedores independentes (Caly, 1998; McGuire, 1998). Em maio de 1997, quase 27% dos funcionários norte-americanos tinham horários flexíveis de trabalho (Bureau of Labor Statistics, 1998).

As pessoas mudam como resultado do tipo de trabalho que exercem? Algumas pesquisas dizem que sim: as pessoas parecem crescer em funções desafiadoras, do tipo que hoje estão tornando-se cada vez mais comuns.

Uma combinação de estudos transversais e longitudinais (Kohn, 1980) revelou uma relação recíproca entre a **complexidade substantiva** do trabalho - o quanto ele exige pensar e julgar de maneira independente - e a flexibilidade de uma pessoa para lidar com demandas cognitivas. Pessoas que realizam trabalho mais complexo tendem a se tornar pensadores mais flexíveis; pensadores flexíveis tendem a realizar trabalho mais complexo.

Essa relação circular pode iniciar-se cedo. "Crianças de famílias culturalmente privilegiadas desenvolvem habilidades e outras qualidades que as levam a serem colocadas em situações e em cursos acadêmicos relativamente complexos e exigentes, os quais, por sua vez, contribuem para promover o desenvolvimento de flexibilidade intelectual" (Smelser, 1980, p. 16). Na idade adulta, a distância entre pensadores flexíveis e inflexíveis aumenta. Pensadores flexíveis envolvem-se em trabalho cada vez mais complexo, ao passo que pessoas que apresentam menos flexibilidade realizam trabalho menos complexo, e suas capacidades cognitivas desenvolvem-se mais lentamente ou não se desenvolvem (Kohn, 1980).

Por que a complexidade do trabalho está relacionada com o desenvolvimento cognitivo? Em uma sociedade em que o trabalho desempenha um papel central nas vidas das pessoas, o domínio de tarefas complexas pode dar aos trabalhadores confiança em sua capacidade de lidar com os problemas. Ele pode também abrir suas mentes para novas experiências e estimulá-los a se tornarem mais autônomos.

A pesquisa cerebral revela como as pessoas lidam com trabalho complexo. O pleno desenvolvimento dos lobos frontais durante a maturidade pode equipar as pessoas para conduzir diversas tarefas ao mesmo tempo. Imagens de ressonância magnética revelam que a parte mais dianteira dos lobos frontais, o *córtex pré-frontal frontopolar (CPFP)*, que é muito mais desenvolvido nos seres humanos do que em outros primatas, tem uma função especial na resolução de problemas e no planejamento. O CPFP entra em ação quando uma pessoa precisa colocar uma tarefa incompleta "em espera" e desvia a atenção para outra - processo chamado de *ramificação*. O CPFP permite que o indivíduo mantenha a primeira tarefa na memória de trabalho enquanto cuida da segunda - por exemplo, retomar a leitura de um relatório depois de ser interrompido pelo telefone (Koechlin, Basso, Pietrini, Panzer e Grafman, 1999).

O desenvolvimento cognitivo não precisa parar ao final do dia de trabalho. Segundo a **hipótese do transbordamento**, os incrementos cognitivos do trabalho se estendem às horas de lazer. Estudos confirmam essa hipótese: a complexidade substantiva do trabalho influencia fortemente o nível intelectual das atividades de lazer (Kohn, 1980; Miller e Kohn, 1983).

complexidade substantiva

Grau no qual o trabalho de uma pessoa exige pensamento e julgamento independente.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar como a faculdade e o fato de trabalhar durante a faculdade podem influenciar o desenvolvimento cognitivo?
- ✓ Resumir as atuais mudanças no local de trabalho?
- ✓ Explicar a relação entre a complexidade substantiva do trabalho e o desenvolvimento cognitivo?

hipótese do transbordamento

Hipótese de que existe uma correlação positiva entre a intelectualidade do trabalho e as atividades de lazer, porque o aprendizado no trabalho se estende ao lazer.

Trabalho e Idade

Com que eficiência os jovens adultos fazem seu trabalho quando comparados com adultos mais velhos? A idade afeta a capacidade dos adultos de conduzir certos tipos de trabalho?

Em geral, o desempenho aumenta com a idade, pelo menos até a meia-idade, e alguns indivíduos continuam aumentando sua produtividade em idade avançada (ver Capítulo 18). As diferenças de idade podem depender de como o desempenho é medido e das demandas de um tipo específico de trabalho. Uma função que exige respostas rápidas tende a ser melhor desempenhada por uma pessoa jovem; uma função que depende de precisão, ritmo constante e julgamento maduro pode ser melhor realizada por uma pessoa mais velha (Forteza e Prieto, 1994; Warr, 1994). Um fator fundamental pode ser a experiência em vez da idade: quando pessoas mais velhas têm melhor desempenho, talvez seja porque estão em uma função ou tenham feito um trabalho semelhante há mais tempo (Warr, 1994).

As atitudes em relação ao trabalho podem influenciar o desempenho. Jovens adultos tendem a se sentir menos satisfeitos com o trabalho do que pessoas mais velhas (Salthouse e Maurer, 1996). São menos envolvidos com seu trabalho, menos comprometidos com seus empregadores, menos bem remunerados e mais propensos a mudar de emprego. Jovens adultos podem ter metas e expectativas mais altas e ter uma visão mais crítica de seu emprego, pois ainda estão estabelecendo-se profissionalmente e, em geral, atraem mais os empregadores e podem mudar de emprego ou de direção de carreira com mais facilidade do que indivíduos mais velhos (Forteza e Prieto, 1994; Rhodes, 1983; Warr, 1994).

Mais uma vez, precisamos ter cautela para tirar conclusões de estudos transversais. Por exemplo, o comprometimento de pessoas mais velhas com a "ética do trabalho" - a idéia de que o trabalho árduo desenvolve o caráter - pode refletir uma diferença entre coortes, e não o quanto uma pessoa já viveu (Warr, 1994). Além disso, pode haver uma diferença de desenvolvimento na importância relativa de determinados aspectos do trabalho. Indivíduos mais jovens tendem a se sentir mais satisfeitos se recebem reconhecimento e relacionam-se bem com os supervisores e com os colegas, ao passo que trabalhadores mais velhos interessam-se mais pela remuneração e pelo tipo de trabalho que realizam (Forteza e Prieto, 1994). Um estudo longitudinal de quatro anos nos Países Baixos concentrou-se nas mudanças no valor que os jovens adultos dão a seu trabalho. A medida que os participantes de 18 e 26 anos envelheciam, a motivação intrínseca que encontravam em seu trabalho aumentava de importância para eles, enquanto o valor do *status*, do dinheiro e dos contatos sociais diminuía (van der Velde, Feij e van Emmerik, 1998).

Educação no Local de Trabalho e Alfabetização de Adultos

Cerca de 38% dos adultos nos Estados Unidos participam de atividades educacionais em meio turno. Três quartos dos participantes têm entre 25 e 54 anos, e quase três quintos fazem cursos para aperfeiçoar ou avançar em seu trabalho. Grande parte dessa educação relacionada com o trabalho é patrocinada pelo empregador (Kopka, Schantz e Korb, 1998) - e por bons motivos. Mais de 40% da força de trabalho e mais do que 50% dos estudantes que concluíram o ensino médio carecem das habilidades básicas necessárias em seus empregos, segundo uma pesquisa subsidiada pelo governo junto a mais de 40 empregadores públicos e privados em diversos campos. Os empregadores identificam benefícios da educação no local de trabalho na melhora do ânimo, na maior qualidade de trabalho, no melhor trabalho em equipe e na resolução de problemas e na maior capacidade de utilizar novas tecnologias e em outras mudanças no local de trabalho. Os empregados também aperfeiçoam habilidades básicas como leitura, matemática e pensamento crítico (Conference Board, 1999).

Ser **alfabetizado** é um requisito fundamental para participação não apenas no mercado de trabalho, como também em todas as facetas de uma sociedade moderna, guiada pela informação. Adultos alfabetizados são aqueles que sabem usar a informação impressa e escrita para funcionar na sociedade, alcançar seus objetivos e desenvolver seu conhecimento e seu potencial. Na virada do século, uma pessoa com uma educação de quarta série era considerada alfabetizada; hoje, um diploma de ensino médio é quase insuficiente.

Pelo menos 40 milhões de adultos norte-americanos - um quinto deles - não sabe ler, escrever ou realizar operações aritméticas suficientemente bem para lidar com



Indicador

Como a idade influencia o desempenho no trabalho e as atitudes em relação a ele?

Pense sobre isso...

- Se você estivesse competindo para um emprego, preferiria competir com alguém da mesma idade que a sua ou com alguém mais jovem ou mais velho do que você? O tipo de emprego influenciaria sua resposta?



Indicador

Como a educação continuada pode ajudar os adultos a atender às demandas do local de trabalho?

alfabetizado

Diz-se do adulto capaz de utilizar informações impressas e escritas para funcionar na sociedade, para alcançar objetivos e para desenvolver seu conhecimento e seu potencial.

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Discutir a relação entre idade e desempenho no trabalho?
- ✓ Explicar a necessidade de educação no local de trabalho?
- ✓ Explicar a relação entre o alfabetismo e a condição profissional?

**Indicador**

Como a etnicidade e o gênero afetam a realização educacional e a profissional?

muitas tarefas cotidianas, como encontrar informações em um artigo de jornal e preencher uma guia de depósito; outros 50 milhões mal sabem ler e escrever, segundo uma Pesquisa Nacional de Alfabetização Adulta (Kirsch, Jenkins, Jungeblut e Kolstad, 1993).

Em uma Pesquisa Internacional de Alfabetização Adulta realizada em 12 países industrializados*, a capacidade de ler e escrever estava diretamente relacionada com a condição ocupacional e com os ganhos; indivíduos menos alfabetizados tendiam a ocupar cargos de produção, ao passo que os mais alfabetizados ocupavam cargos profissionais ou administrativos. As pessoas menos alfabetizadas tendiam mais a estarem desempregadas ou fora do mercado de trabalho do que as que tinham melhor capacidade de ler e escrever (Binkley, Matheson e Williams, 1997). Para participantes norte-americanos, o fator mais importante na capacidade de ler e escrever no estudo internacional era o nível de realização educacional, e a disparidade baseada na educação era maior do que em qualquer outro país. Universitários norte-americanos formados se saíram melhor no teste de capacidade de ler e escrever do que universitários formados de todos os outros países, exceto a Bélgica, mas os alunos norte-americanos que abandonaram os estudos durante o ensino médio se saíram pior do que em qualquer outro país, exceto a Polônia (NCES, 1999).

Mundialmente, quase um bilhão de adultos são analfabetos. As taxas de analfabetismo na África subsaariana, Estados árabes e sul da Ásia variam de 43 a quase 50% (UNESCO, 1998). O analfabetismo é particularmente comum entre as mulheres de países em desenvolvimento, onde a educação costuma ser considerada pouco importante para as mulheres. Em 1990, as Nações Unidas lançaram programas de alfabetização em países em desenvolvimento, como Bangladesh, Nepal e Somália (Linder, 1990). Nos Estados Unidos, a Lei Nacional de Alfabetização exige que os Estados estabeleçam centros de alfabetização com subsídios financeiros do governo federal.

Questões sobre Igualdade de Oportunidades

As ligações entre capacidade cognitiva, desempenho educacional e oportunidade profissional são complexas, sendo adicionalmente complicadas por fatores como etnicidade e gênero. Apesar das leis de igualdade de oportunidade no emprego, as minorias e as mulheres são mais propensas a estarem desempregadas e tendem a ganhar menos do que homens brancos. (Em capítulos subsequentes, discutiremos outras questões relacionadas com o trabalho, como conflito família-trabalho, estresse ocupacional, desemprego e mudanças na carreira.)

Etnicidade

Apesar dos grandes avanços educacionais dos afro-americanos e dos progressos constantes para os americanos hispânicos desde o início da década de 1970, seu nível de instrução, de emprego e seus ganhos não acompanharam os dos americanos brancos. Os motivos são complexos.

Os afro-americanos têm hoje quase a mesma probabilidade de concluírem o ensino médio que americanos brancos; 88,2% dos negros de 25 a 29 anos têm diploma ou certificados equivalentes comparados com 93,6% dos brancos e 62,8% dos hispânicos. Entretanto, estudantes negros e hispânicos da última série do ensino médio, muitos dos quais provenientes de ambientes desfavorecidos e estudando em escolas de baixa qualidade, continuam a ficar em desvantagem (embora menos do que na década de 1970) nas avaliações nacionais de leitura, de matemática e de ciência. Isso indica que, em média, não estão tão preparados para a faculdade quanto seus colegas brancos.

Estudantes de diferentes origens étnicas e econômicas que estão academicamente bem preparados para a faculdade e que tomam as providências necessárias para se candidatar têm as mesmas chances de serem aceitos e se matricularem, mas estudantes negros e hispânicos têm menor probabilidade de permanecer na faculdade e de se diplomar. Brancos de 25 a 29 anos que concluíram o ensino médio têm aproximadamente duas vezes mais chances do que negros ou hispânicos de terem obtido o grau de bacharel ou grau superior - 34,5% *versus* 17,9% e 16,5%, respectivamente (NCES, 1999).

* Os países eram Canadá, Alemanha, Países Baixos, Polônia, Suécia, Suíça, Austrália, Bélgica falante do flamengo, Irlanda, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos.

Essas estatísticas possuem efeitos práticos. Além de promover o desenvolvimento cognitivo, a educação expande as oportunidades de emprego e a possibilidade de ganhos. Mesmo em uma economia em expansão, em meados de 1999, a taxa de desemprego para adultos de 25 anos ou mais com no máximo um diploma de ensino médio era duas vezes maior - e mais do que três vezes maior para aqueles que abandonaram os estudos durante o ensino médio - do que para universitários formados (Bureau of Labor Statistics, 1999d). E os ganhos médios dos que concluíram o ensino superior era quase duas vezes maior do que os ganhos dos que concluíram o ensino médio - 842 dólares por semana contra 481 dólares (Bureau of Labor Statistics, 1999b). Ao mesmo tempo, as taxas de desemprego para afro-americanos (7,3%) e para hispano-americanos (6,8%) eram quase duas vezes mais altas do que para brancos (3,8%), e a taxa de desemprego para rapazes negros de 16 a 19 anos, muitos dos quais tendo parado de estudar durante o ensino médio, era de quase 27% (Bureau of Labor Statistics, 1999d).

A perda de empregos bem remunerados na indústria manufatureira e a mudança para outros cargos menos remunerados foi financeiramente desastrosa para os jovens negros que não possuem curso superior (Bernstein, 1995). De modo geral, homens negros que trabalham em tempo integral ganham apenas 76,8% do que ganham os brancos, e mulheres negras ganham 85,5% do que ganham mulheres brancas. Os ganhos médios dos hispânicos (387 dólares por semana) são inferiores aos dos trabalhadores negros (443 dólares) ou brancos (560 dólares) (Bureau of Labor Statistics, 1999c). Mesmo nos níveis profissionais mais altos, as disparidades de renda são grandes. Profissionais liberais negros ganham apenas 79%, e mulheres negras apenas 60% do que ganham homens brancos em cargos semelhantes (Federal Glass Ceiling Commission, 1995).

Gênero

Na década de 1970, as mulheres eram menos propensas do que os homens de ingressar na faculdade e de concluir o curso. Hoje, as mulheres não apenas alcançaram como superaram os homens. Em 1998, 29% das mulheres de 25 a 29 anos de idade tinham grau universitário comparado com 25,6% dos homens de mesma idade (Day e Curry, 1998). Durante os anos de 1990, o número de homens matriculados em cursos de graduação e de pós-graduação diminuiu constantemente em relação ao número crescente de mulheres (Lewin, 1998; U. S. Department of Education, Office of Educational Research e Improvement, 1999). Contudo, as mulheres ainda tendem a se especializar em campos tradicionalmente "femininos", como educação, enfermagem e psicologia. A grande maioria dos diplomas de engenharia, de computação e de matemática vão para homens, embora a diferença de gênero nas ciências da vida tenha se invertido nos últimos 20 anos (NCES, 1999).

Segundo o Departamento de Trabalho dos Estados Unidos, a Divisão Feminina (1994), 99% das mulheres norte-americanas trabalham pela remuneração em alguma época de suas vidas. O aumento no número de mulheres empregadas é um fenômeno internacional. As tendências de postergação do casamento, postergação da maternidade e de formação de famílias menores, bem como de flexibilidade dos horários e compartilhamento de trabalho doméstico acabaram tornando mais fácil para as mulheres dos países desenvolvidos perseguir metas profissionais, ainda que a maioria das mulheres continue sendo as principais responsáveis pelos filhos. Entretanto, especialmente durante os anos de criação dos filhos, as mulheres tendem no mundo inteiro a trabalhar em empregos de turno parcial ou de escritório e serviços pouco valorizados, em que ganham menos do que os homens (Bruce, Lloyd e Leonard, 1995; O'Grady-LeShane, 1993; United Nations, 1991). Em alguns países latino-americanos e caribenhos, a disparidade de renda chega a 50% (Lim, 1996).

Nos Estados Unidos, as escolhas profissionais das mulheres são muito mais variadas do que no passado, e seus ganhos relativos melhoraram, à medida que mais mulheres ingressaram em campos tradicionalmente masculinos. As mulheres hoje detêm cerca da metade de todos os cargos executivos, gerenciais,

A juíza Leah J. Sears foi indicada para a Corte Suprema da Geórgia em 1992, sendo a primeira afro-americana a servir no tribunal. As oportunidades vocacionais para as mulheres e para as minorias aumentaram muito, mas, de modo geral, ainda não são iguais às oportunidades para homens brancos.



VERIFICADOR**Você é capaz de...**

- ✓ Discutir as diferenças nas realizações educacionais e nas oportunidades de emprego e de recompensas para as minorias e para as mulheres?

administrativos e profissionais (Bureau of Labor Statistics, 1999b), embora os escalões superiores de empresas, dos governos e das profissões liberais ainda sejam dominados pelos homens (Daily, Certo e Dalton, 1999; Federal Glass Ceiling Commission, 1995).

Em média, para cada dólar que os homens ganham, as mulheres que trabalham em tempo integral ganham apenas 76,5 centavos de dólar (Bureau of Labor Statistics, 1999c), e o quadro não é melhor para mulheres em cargos gerenciais e para profissionais liberais. Ainda assim, os ganhos de mulheres com nível superior (ajustados para a inflação) aumentaram quase 22% desde 1979, enquanto os ganhos reais dos homens com nível superior aumentaram menos do que 8%. Mulheres jovens com menos de 25 anos de idade ganham quase tanto quanto seus equivalentes masculinos (91%), sugerindo que a diferença de renda pode estar em vias de desaparecer à medida que essa coorte ascende no mundo do trabalho (Bureau of Labor Statistics, 1999b).

O trabalho afeta a vida diária, não apenas no emprego, mas também em casa, trazendo tanto satisfação como estresse. No Capítulo 14, exploraremos os efeitos do trabalho nos relacionamentos ao examinarmos o desenvolvimento psicossocial do jovem adulto.

*Resumo***DESENVOLVIMENTO FÍSICO**

Aspectos do Desenvolvimento Físico e da Saúde

Indicador 1. Em que condição física encontra-se o típico jovem adulto e como o estilo de vida, o comportamento e outros fatores afetam a saúde e o bem-estar no presente e no futuro?

- O jovem adulto típico está em boa condição; as habilidades físicas e sensoriais geralmente são excelentes.
- Os acidentes são a principal causa de morte para pessoas de 25 a 44 anos, seguidos pelo câncer, pelas doenças cardíacas, pelo suicídio, pela AIDS e pelo homicídio.
- Fatores de estilo de vida, como dieta, obesidade, exercício, tabagismo e uso ou abuso de substâncias podem afetar a saúde. O **alcooolismo** é um sério problema de saúde.
- A boa saúde está relacionada com a educação e com a renda superior.
- As mulheres tendem a viver mais do que os homens, em parte por motivos biológicos, mas talvez também por se preocuparem mais com a saúde.
- Os relacionamentos sociais, especialmente o casamento, tendem a estar associados à saúde física e mental.

Indicador 2. Quais são algumas questões sexuais e reprodutivas nessa época da vida?

- Disfunção sexual, doença sexualmente transmissível, problemas menstruais e esterilidade podem ser preocupações durante o início da idade adulta.
- A **disfunção sexual** é especialmente comum entre as mulheres jovens.
- A epidemia de AIDS está começando a ser controlada nos Estados Unidos, mas a transmissão sexual aumentou, principalmente entre mulheres de minorias. A realização voluntária de exames é um elemento importante do controle das DSTs.
- Os hormônios do ciclo menstrual exercem efeitos protetores, mas também podem causar problemas de saúde, notavelmente a **tensão pré-menstrual (TPM)**.

- A causa mais comum de esterilidade nos homens é um baixo número de espermatozoides; a causa mais comum nas mulheres é o bloqueio das tubas uterinas. Casais estéreis hoje têm diversas opções para reprodução assistida, mas essas técnicas podem envolver questões éticas e práticas delicadas.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Perspectivas sobre a Cognição Adulta

Indicador 3. O que distingue o pensamento e a inteligência adulta?

- Alguns pesquisadores propõem um estágio distintivamente adulto de cognição além das operações formais, chamado de **pensamento pós-formal**. Ele costuma ser aplicado em situações sociais e envolve a capacidade de mudar entre o raciocínio abstrato e as considerações práticas, a consciência de que os problemas podem ter múltiplas causas e soluções, o pragmatismo na escolha de soluções e a consciência de conflito inerente.
- Schaie propôs sete estágios de desenvolvimento cognitivo relacionados com a idade com base nos papéis sociais e nos objetivos de aprendizagem: **estágio aquisitivo** (infância e adolescência), **estágio realizador** (idade adulta jovem), **estágio responsável** e **estágio executivo** (meia-idade) e estágios reorganizacionais, reintegrativos e de **criação de herança** (terceira idade). Esse modelo sugere a necessidade de desenvolver novos tipos de testes de inteligência que tenham **validade ecológica** para adultos.
- Segundo a teoria triárquica da inteligência, de Sternberg, os elementos experienciais (criativos, perceptivos) e contextuais (práticos) tornam-se particularmente importantes durante a idade adulta. Os testes que medem o **conhecimento tácito**, um aspecto da inteligência prática, são complementos úteis para os testes de inteligência tradicionais.
- A **inteligência emocional** pode desempenhar um papel importante no comportamento inteligente e no êxito na vida. Entretanto, a inteligência emocional como constructo distinto é controversa e difícil de medir.

Desenvolvimento Moral

Indicador 4. Como se desenvolve o julgamento moral e a fé?

- Segundo Lawrence Kohlberg, o desenvolvimento moral na idade adulta depende primordialmente da experiência, embora ele não possa exceder os limites definidos pelo desenvolvimento cognitivo. A experiência pode ser interpretada de maneira diferente nos diversos contextos culturais.
- Kohlberg, pouco antes de sua morte, propôs um sétimo estágio de desenvolvimento moral, que envolve a consideração de questões morais de uma perspectiva cósmica. Isso é semelhante ao estágio mais elevado de fé proposto por James Fowler.
- Carol Gilligan inicialmente sugeriu que as mulheres possuem preocupações morais e perspectivas que não são exploradas na teoria e pesquisa de Kohlberg. Contudo, pesquisas posteriores (inclusive da própria Gilligan) não confirmam uma distinção entre a perspectiva moral de homens e mulheres.

Educação e Trabalho

Indicador 5. Como a educação superior e o trabalho afetam o desenvolvimento cognitivo?

- Dependendo de seu campo de especialização, estudantes universitários costumam apresentar tipos específicos de aperfeiçoamento nas capacidades de raciocínio.
- Segundo Perry, o pensamento de estudantes universitários tendem a evoluir da rigidez para a flexibilidade e para comprometimentos livremente escolhidos.
- A pesquisa constatou uma relação entre a **complexidade substantiva** do trabalho e o desenvolvimento cognitivo. Segundo a **hipótese de transbordamento**, aqueles que realizam trabalho mais complexo tendem a se envolver em atividades de lazer intelectualmente mais exigentes.

Indicador 6. Como a idade influencia o desempenho no trabalho e as atitudes em relação a ele?

- Em geral, o desempenho no trabalho melhora com a idade e com a experiência; entretanto, trabalhadores mais jovens podem sair-se melhor em funções que exigem respostas rápidas. Trabalhadores mais jovens tendem a ser menos comprometidos com seus atuais empregos do que trabalhadores mais velhos.

Indicador 7. Como a educação continuada pode ajudar adultos a atender às demandas do local de trabalho?

- A educação no local de trabalho pode ajudar os adultos a desenvolver habilidades básicas de trabalho, das quais muitos carecem.
- Adultos pouco alfabetizados estão em séria desvantagem em uma economia moderna. Em países desenvolvidos, a capacidade de ler e escrever está diretamente ligada ao *status* profissional e à renda. Em países em desenvolvimento, o analfabetismo é mais comum entre as mulheres do que entre os homens.

Indicador 8. Como a etnicidade e o gênero afetam a realização educacional e a profissional?

- Apesar das leis de igualdade de oportunidade e do progresso na realização educacional dos afro-americanos e dos americanos hispânicos, eles ainda são mais propensos a estarem desempregados e a ganhar menos do que americanos brancos. As mudanças no local de trabalho trazem desafios especiais para adultos sem curso superior.
- Embora mais mulheres do que homens atualmente ingressem em cursos superiores, os campos que homens e mulheres escolhem para estudar diferem claramente. Mesmo assim, um número crescente de mulheres estão perseguindo carreiras em campos tradicionalmente dominados pelos homens e estão se empregando em funções gerenciais e profissionais liberais.
- Mundialmente, as mulheres tendem a ganhar menos do que os homens e exercerem funções menos bem remuneradas e menos valorizadas.

Palavras-Chave

alcoolismo (523)
disfunção sexual (527)
tensão pré-menstrual (TPM) (528)
esterilidade (529)
pensamento pós-formal (532)
estágio aquisitivo (533)

estágio realizador (533)
estágio responsável (533)
estágio executivo (533)
estágio reorganizacional (534)
estágio reintegrativo (534)
estágio de criação de herança (534)

validade ecológica (534)
conhecimento tácito (535)
inteligência emocional (536)
complexidade substantiva (544)
hipótese de transbordamento (544)
alfabetizado (545)

Capítulo 14

Desenvolvimento Psicossocial no Jovem Adulto



*T*odo adulto precisa de ajuda, de ajeto, de proteção... em muitos aspectos diferentes, mas em muitos outros semelhantes às necessidades da criança.

Erich Fromm, *The Sane Society*, 1955



Ingrid Bergman

Foco:

Ingrid Bergman, Atriz de Má Reputação*

Ingrid Bergman, (1915-1982) foi uma das mais eminentes atrizes de cinema e teatro do mundo. Talvez mais conhecida por seu papel em *Casablanca*, ela foi agraciada com o Oscar por *A Meia Luz*, *Anastácia* e *Assassinato no Expresso Oriente*; recebeu também um Prêmio dos Críticos de Cinema de Nova York por *Sonata de Outono*, e um Emmy por *A volta do parafuso*. Em 1981, um ano antes de sua morte, interrompeu sua aposentadoria para interpretar a primeira-ministra Golda Meir em *Golda*, vencedor do Emmy.

A vida pessoal de Bergman foi tão dramática quanto qualquer trama de cinema. Um dos filmes de que participou, *Interlúdio*, resume a súbita mudança em sua imagem pública em 1949, quando a atriz - conhecida como modelo de saúde e pureza - chocou o mundo ao deixar seu marido e uma filha de 10 anos para se casar com o diretor de cinema italiano Roberto Rossellini. Parte do escândalo era a notícia de que Bergman estava grávida de Rossellini, um homem casado.

Bergman ficara obcecada por interpretação desde que assistiu pela primeira vez a uma peça de teatro aos 11 anos em sua terra natal, a Suécia. Alta, desajeitada e tímida, adquiria vida no palco. Arrancada da Escola Real Dramática de Estocolmo aos 18 anos para fazer seu primeiro filme, Bergman enfrentou a ira do diretor da escola, que advertiu que o cinema destruiria seu talento.

Aos 22 anos, ela se casou com o Dr. Petter Lindstrom, um bem-sucedido e atraente dentista oito anos mais velho do que ela, que posteriormente tornou-se um eminente neurocirurgião. Foi ele quem a instigou a aceitar o convite do produtor David Selznick para viajar para Hollywood para fazer *Intermezzo*. Aos 23 anos, chegou a Hollywood, e posteriormente chegaram seu marido e a filha ainda bebê, Pia.

Sua carreira no cinema foi pontuada por períodos dedicados à vida doméstica. "Tenho muito o que fazer como de costume, e ter um lar, um marido e uma filha deve ser suficiente na vida de qualquer mulher", escreveu ela durante um desses interlúdios. "Mas continuo achando que todo dia é um dia perdido. Como se apenas a metade de mim estivesse viva" (Bergman e Burgess, 1980, p.110).

Bergman passou a considerar o marido - em quem sempre se apoiara para tomar decisões - como superprotetor, controlador, ciumento e crítico. O casal ficava separado por muitas horas, dias e semanas - ela no estúdio ou em viagem, ele no hospital.

Enquanto isso, Bergman estava ficando insatisfeita em trabalhar em locações de filmagem. Quando assistiu ao premiado *Roma, Cidade Aberta*, de Rossellini, ficou impressionada com sua força e com seu realismo, e com a liberdade e coragem artística do diretor. Ela lhe escreveu, oferecendo-se para ir à Itália e para trabalhar com ele. O resultado foi *Stromboli* - e o fim do que então considerava um casamento construtivo e insatisfatório. "Não era minha intenção me apaixonar e ir para a Itália para sempre", escreveu a Lindstrom, pedindo-lhe desculpas. "Mas como posso evitar ou mudar isso?"

* As fontes de informação sobre a vida de Ingrid Bergman foram Bergman e Burgess (1980) e Spoto (1997).

S U M Á R I O

FOCO: Ingrid Bergman, Atriz de Má Reputação

Desenvolvimento

Psicossocial: Quatro

Abordagens

Modelos de Traço: Os Cinco

Fatores de Costa e McCrae

Modelos Tipológicos

Modelos de Crises Normativas

Modelos de Sequência de Eventos

Integração das Abordagens de

Desenvolvimento Psicossocial

Os Alicerces dos

Relacionamentos Íntimos

Amizade

Amor

Sexualidade: Questões e Atitudes

Estilos de Vida Conjugais ou

Não-Conjugais

Vida de Solteiro

Relacionamentos Homossexuais

Masculinos e Femininos

Coabitação

Casamento

Vida Familiar

Ter Filhos

Paternidade e Maternidade como

Experiência de Desenvolvimento

Não ter Filhos por Opção

Como Vivem os Casais de Renda

Dupla

Quando o Casamento Acaba

Divórcio

Segundo Casamento e Ser

Padrasto ou Madrasta

Aos 33 anos, Ingrid, que já havia sido a número um nas bilheterias, tornara-se uma pária de Hollywood. Seu caso amoroso foi manchete nos jornais do mundo inteiro, assim como o nascimento do filho ilegítimo Robertino, em 1950, o apressado divórcio mexicano de Bergman e o casamento por procuração com Rossellini naquele país (Rossellini teve seu próprio casamento anulado), o nascimento das filhas gêmeas em 1952 e a luta pelos direitos de visitação à Pia, que ficou ao lado do pai e que ficou sem ver a mãe, carregada de culpa, durante seis anos.

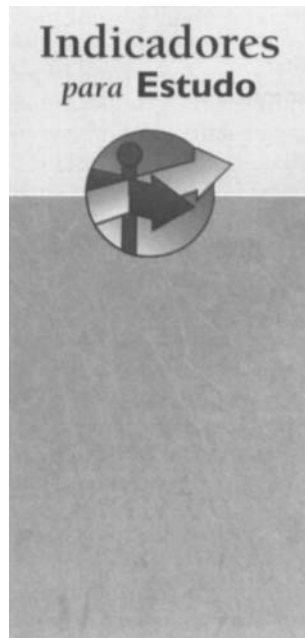
A tempestuosa união amorosa de Bergman e Rossellini não durou. Todos os filmes que fizeram juntos fracassaram, o que por fim também ocorreu com seu casamento. Mas seus laços mútuos com os filhos, a quem Bergman concedeu a Rossellini a custódia para evitar outra amarga disputa, fez com que esses ex-cônjuges continuassem fazendo parte da vida um do outro. Em 1958, aos 43 anos, Ingrid Bergman - nessa época com a carreira reabilitada e reconciliada com sua filha mais velha - começou seu terceiro casamento, com Lars Schmidt, produtor teatral nascido na Suécia. O matrimônio durou 16 anos, apesar dos constantes afastamentos devido ao trabalho, e terminou em um divórcio amigável. Schmidt e Bergman continuaram sendo amigos íntimos pelo resto da vida da atriz.

A história de Ingrid Bergman é um lembrete dramático do impacto da mudança cultural nas atitudes e no comportamento pessoal. O furor em torno de seu caso amoroso com Rossellini pode parecer estranho na atualidade, quando coabitação, sexo extraconjugal, divórcio e filhos ilegítimos, que eram chocantes há 50 anos, tornaram-se mais comuns. Ainda assim, hoje, como então, as escolhas pessoais feitas pelo jovem adulto estabelecem um arcabouço para o resto da vida. Os casamentos e os divórcios de Bergman, os filhos a que deu à luz e amou, sua perseguição apaixonada por sua vocação e seu embate por sua relutância em colocar a família antes do trabalho eram muito semelhantes aos fatos e às questões de vida com que se confrontam muitas jovens de hoje.

Teria Bergman mudado com a maturidade e com a experiência? Superficialmente, ela parecia ficar repetindo o mesmo ciclo repetidas vezes. Contudo, em sua forma de lidar com o segundo e o terceiro divórcios, ela parecia mais calma, mais pragmática e com maior controle. Não obstante, seu modo básico de viver permaneceu igual: ela fez o que achava que devia fazer, acontecesse o que acontecesse.

A personalidade pára de se desenvolver junto com o corpo? Ou ela continua desenvolvendo-se durante toda a vida? Neste capítulo, observaremos as teorias e as pesquisas sobre o desenvolvimento psicossocial adulto e os efeitos das atitudes culturais e da mudança social. Examinaremos as escolhas que formam a vida pessoal e social: adotar um estilo de vida sexual; casar, coabitar ou permanecer solteiro; ter ou não filhos; estabelecer e manter amizades.

Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. A personalidade muda durante a idade adulta e, em caso afirmativo, como?
2. O que é intimidade e como ela se expressa na amizade, na sexualidade e no amor?
3. Por que algumas pessoas permanecem solteiras?
4. Como os homossexuais lidam com "assumir" sua condição e qual é a natureza dos relacionamentos homossexuais?
5. Quais são os prós e os contras da coabitação?
6. O que os adultos ganham com o casamento? Que padrões culturais cercam o ingresso no casamento? Por que alguns casamentos são bem-sucedidos enquanto outros fracassam?
7. Quando a maioria dos adultos têm filhos? Como isso afeta um casamento?
8. Por que alguns casais optam por não ter filhos?
9. Como casais com renda dupla dividem as responsabilidades e lidam com conflitos dos papéis que desempenham?
10. Por que as taxas de divórcio aumentaram? Como os adultos adaptam-se ao divórcio, ao novo casamento e ao papel de padrastos e de madrastas?

Desenvolvimento Psicossocial: Quatro Abordagens

Se a personalidade apresenta fundamentalmente estabilidade ou mudança, isso depende em parte de como estudamos e medimos a personalidade (Caspi, 1998). Quatro importantes abordagens do desenvolvimento psicossocial adulto são representadas pelos *modelos de traços*, *modelos tipológicos*, *modelos de crises normativas* e pelo *modelo de momento de ocorrência de eventos*.

Os **modelos de traços** concentram-se em traços ou atributos mentais, emocionais, temperamentais e comportamentais, como contentamento e irritabilidade. Estudos baseados em traços constataam que a personalidade adulta muda muito pouco. Os **modelos tipológicos** identificam tipos ou estilos mais amplos de personalidade; representam como os traços de personalidade organizam-se dentro de um indivíduo. Esses modelos também tendem a constatar considerável estabilidade na personalidade.

Por outro lado, os modelos que focalizam o curso da vida encontram evidências consideráveis de mudanças. Os **modelos de crises normativas** representam uma típica seqüência de desenvolvimento relacionada com a idade que continua durante todo o ciclo de vida adulto, muito como acontece na infância e na adolescência. A pesquisa sobre crises normativas constatou mudanças importantes e previsíveis na personalidade adulta. O **modelo de momento de ocorrência de eventos** sustenta que a mudança está relacionada não só com a idade, como também com a esperada ou com a inesperada ocorrência e com o momento de importantes eventos de vida. Esse modelo enfatiza diferenças individuais e contextuais.

Modelos de Traços: Os Cinco Fatores de Costa e McCrae

Em vez de medir cada um das centenas de distintos traços de personalidade, Paul T. Costa e Robert R. McCrae, pesquisadores do Instituto Nacional de Envelhecimento, desenvolveram e testaram um **modelo de cinco fatores**, composto por itens que parecem embasar cinco grupos de traços associados (os Cinco Grandes"). São eles: (1) *neuroticismo*, (2) *extroversão*, (3) *abertura à experiência*, (4) *escrupulosidade* e (5) *nível de socialização* (ver Figura 14-1).

modelos de traços

Modelos teóricos que se concentram em traços ou atributos mentais, emocionais, temperamentais e comportamentais.

modelos tipológicos

Modelos teóricos que identificam amplos tipos ou estilos de personalidade.

modelos de crises normativas

Modelos teóricos que descrevem o desenvolvimento psicossocial em termos de uma seqüência definida de mudanças relacionadas com a idade.

modelo de momento de ocorrência de eventos

Modelo teórico que descreve o desenvolvimento psicossocial adulto como uma resposta à esperada ou à inesperada ocorrência e ao momento de importantes eventos de vida.

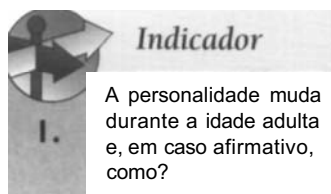
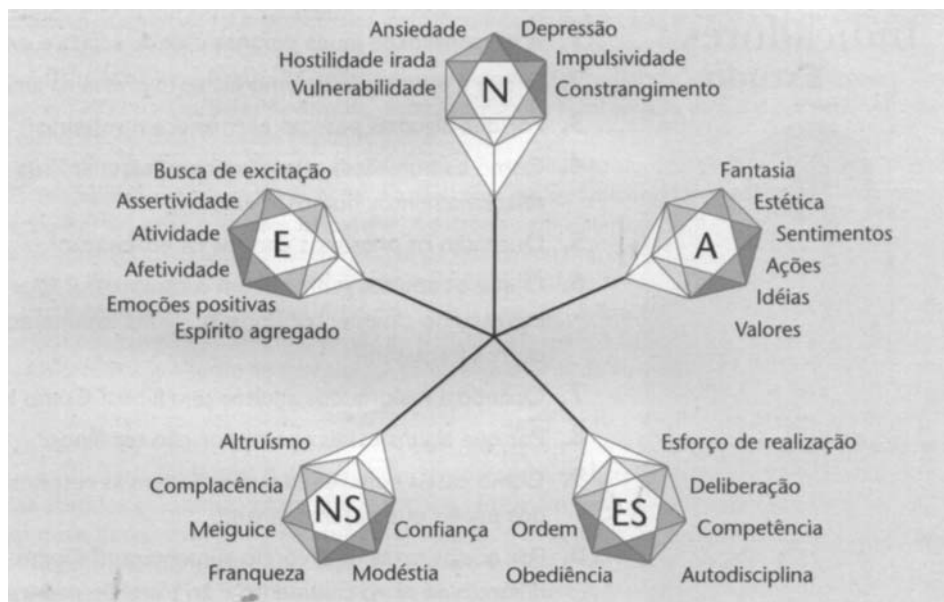
modelo de cinco fatores

Modelo teórico, desenvolvido e testado por Costa e McCrae, baseado nos "Cinco Grandes" fatores subjacentes a conjuntos de traços de personalidade relacionados: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, escrupulosidade e nível de socialização.

Figura 14-1

Modelo de cinco fatores de Costa e McCrae. Cada fator (ou domínio de personalidade) representa um conjunto de traços ou facetas relacionadas. N = neuroticismo, A = abertura à experiência, ES = escrupulosidade, NS = nível de socialização, E = extroversão

(Fonte: Adaptado de Costa e McCrae, 1980.)



Neuroticismo é um conjunto de seis traços negativos que indicam instabilidade emocional: ansiedade, hostilidade, depressão, constrangimento, impulsividade e vulnerabilidade. Pessoas altamente neuróticas são nervosas, medrosas, irritadiças e sensíveis a críticas e irritam-se com facilidade. Podem sentir-se tristes, desesperançosas, solitárias, culpadas e sem valor. A *extroversão* também tem cinco facetas: afetividade, espírito gregário, assertividade, atividade, busca de excitação e emoções positivas. Os extrovertidos são sociáveis e gostam de atenção. Mantêm-se ocupados e ativos; estão sempre em busca de excitação e apreciam a vida. Podemos especular que Ingrid Bergman teria obtido uma pontuação razoavelmente alta em algumas facetas de neuroticismo e de extroversão e baixa em outras.

As pessoas que são *abertas à experiência* estão dispostas a experimentar novas coisas e a aceitar novas idéias. Possuem vivida imaginação e fortes sentimentos. Apreciam a beleza e as artes e questionam valores tradicionais. Ingrid Bergman provavelmente teria obtido alta pontuação nessas áreas.

Pessoas *escrupulosas* são realizadoras: são competentes, organizadas, obedientes, ponderadas e disciplinadas. Pessoas *sociáveis* são confiantes, francas, altruístas, complacentes, modestas e facilmente influenciadas. Algumas dessas características poderiam ser identificadas em Ingrid Bergman durante sua juventude, mas parecem menos características dela em idade mais avançada.

Analisando dados transversais, longitudinais e sequenciais de diversas amplas amostras de homens e mulheres de todas as idades, Costa e McCrae (1980, 1988, 1994a, 1994b; Costa et al., 1986; McCrae e Costa, 1984; McCrae, Costa e Busch, 1986) constataram notável estabilidade em todos os cinco domínios. Entretanto, também constataram diferenças etárias entre estudantes universitários e adultos jovens e de meia-idade (Costa e McCrae, 1994b). "Em algum momento entre os 21 e os 30 anos a personalidade parece assumir sua forma final e plenamente desenvolvida", concluíram esses pesquisadores (Costa e McCrae, 1994a, p. 34). Adaptações podem ocorrer em resposta a novas responsabilidades e demandas, a eventos traumáticos ou a transformações culturais importantes (como o movimento feminista), mas tendências básicas permanecem iguais e influenciam o modo como uma pessoa adapta-se a essas novas circunstâncias (Caspi, 1998; Clausen, 1993; Costa e McCrae, 1994a). Isso salienta a importância do "grau de harmonia" entre pessoa e ambiente (ver Capítulo 6) e ajuda a explicar por que as pessoas tendem a encontrar "nichos" compatíveis com sua natureza (ver Capítulo 3).

Esse conjunto de pesquisas dão forte suporte à continuidade da personalidade. Outros pesquisadores, utilizando sistemas um pouco diferentes de classificação de traços, obtiveram resultados semelhantes (Costa e McCrae, 1995). Sistemas comparáveis

emergiram quando a personalidade foi avaliada em outras línguas que não o inglês (Saucier e Ostendorf, 1999). Em um estudo de amostras representativas de adultos de 25 a 65 anos nos Estados Unidos e na Alemanha, os "Cinco Grandes" (especialmente o neuroticismo) e outras dimensões da personalidade explicavam muitas das variações nos sentimentos subjetivos de saúde e de bem-estar (Staudinger, Fleeson e Bates, 1999).

Contudo, o modelo de cinco fatores tem críticos. Jack Block (1995a, 1995b) argumenta que análises de fatores na personalidade (como análises de fatores na inteligência, que constituem a base dos testes psicométricos de QI) apresentam problemas estatísticos e metodológicos. Uma vez que o modelo de cinco fatores baseia-se largamente em auto-avaliações e avaliações de cônjuges e de amigos, ele pode não ser válido, a menos que suplementado por outras medidas. A seleção de fatores e suas facetas associadas é arbitrária e talvez incompleta; outros pesquisadores selecionaram outros fatores e fizeram a divisão de traços associados de outro modo. (A afetividade é uma faceta da extroversão ou do nível de socialização?) Finalmente, a personalidade é mais do que uma coleção de traços. Um modelo limitado ao estudo de diferenças individuais nos agrupamentos de traços não oferece um marco teórico para compreender como a personalidade funciona na pessoa.

Modelos Tipológicos

Block (1971) foi um pioneiro da *abordagem tipológica*. Essa abordagem examina a personalidade como um todo operante que afeta e que reflete atitudes, valores, comportamento e interações sociais. A pesquisa tipológica não está necessariamente em conflito com a pesquisa de traços, mas procura complementá-la e expandi-la (Caspi, 1998).

Utilizando diversas técnicas, que incluem entrevistas, avaliações clínicas, classificação Q, (ver Capítulo 6), classificações do comportamento e autodescrições, alguns pesquisadores, trabalhando de forma independente, identificaram diversos tipos básicos de personalidade. A maior parte dessa pesquisa é bastante nova; as classificações podem ser adicionalmente aperfeiçoadas ou expandidas à medida que estudos adicionais forem realizados (Caspi, 1998).

Três tipos que emergiram em diversos estudos são *ego-resiliente*, *super controlado* e *subcontrolado*. As pessoas desses três tipos diferem em termos de **resiliência do ego** (ou adaptabilidade sob estresse), e **controle do ego** (ou autocontrole). Pessoas *ego-resilientes* são bem adaptadas: autoconfiantes, independentes, articuladas, atenciosas, prestativas, cooperativas e focalizadas na tarefa. Pessoas *supercontroladas* são tímidas, quietas, ansiosas e confiáveis; tendem a guardar seus pensamentos para si mesmas, evitar conflitos e são as mais sujeitas à depressão. Pessoas *subcontroladas* são ativas, energéticas, impulsivas, teimosas e facilmente distraídas. Esses tipos ou tipos semelhantes de personalidade parecem existir em ambos os sexos, em diversas culturas e grupos étnicos e em crianças, adolescentes e adultos (Caspi, 1998; Hart, Hofmann, Edlestein e Keller, 1997; Pulkkinen, 1996; Robins, John, Caspi, Moffitt e Stouthamer-Loeber, 1996; van Lieshout, Haselager, Riksen-Walraven e van Aken, 1995).

Em um estudo longitudinal na Nova Zelândia, os tipos de personalidade, conforme classificação de observadores, de 1.024 meninos e meninas de 3 anos (semelhante às três categorias recém-descritas) apresentaram relacionamentos previsíveis com características de personalidade autodescritas aos 19 anos (Caspi e Silva, 1995). Em um estudo finlandês, os estilos de personalidade "ajustada" ou "conflituosa" aos 27 anos tinha origem na regulação emocional e no autocontrole durante os primeiros anos escolares. Os estilos ajustado ou conflituoso também tendiam a prever os "Cinco Grandes" traços de personalidade aos 33 anos. Algumas diferenças de gênero foram constatadas. Por exemplo, mulheres consideradas conflituosas aos 27 anos tendiam a ter sido mais ansiosas e passivas aos 8 anos do que mulheres ajustadas, ao passo que homens conflituosos tinham sido mais agressivos e menos pró-sociais do que homens ajustados. Entretanto, aos 33 anos, tanto mulheres conflituosas como homens conflituosos tendiam a ser mais neuróticos e menos aprazíveis do que homens e mulheres ajustados (Pulkkinen, 1996).

Evidentemente, a descoberta de uma tendência para a continuidade de atitudes e de comportamento não significa que as personalidades nunca mudam, ou que algumas pessoas estão condenadas a uma vida de desajustamento. Crianças subcontroladas podem relacionar-se melhor na idade adulta inicial se encontrarem nichos em que sua

resiliência do ego

Adaptabilidade sob possíveis fontes de estresse.

controle do ego

Autocontrole.

energia e sua espontaneidade sejam consideradas uma vantagem, e não uma desvantagem. Crianças supercontroladas, como Ingrid Bergman em sua juventude, podem sair de sua casca se descobrirem que sua calma confiança é valorizada.

Embora traços ou tipos de personalidade estabelecidos na infância possam prever trajetórias ou padrões de comportamento de longo prazo, alguns eventos podem mudar o curso da vida (Caspi, 1998). Para alguns jovens adultos, o serviço militar oferece um período de "recesso" e uma oportunidade de redirecionar sua vida. Para jovens com problemas de ajustamento, o casamento com um cônjuge que lhes apóie pode ser um ponto de virada, levando a desfechos mais positivos.

Alguns teóricos que observam o curso da vida concentram-se não em trajetórias e transições individuais, mas em mudanças relacionadas com a idade ligadas a eventos ou a desenvolvimentos que ocorrem na vida da maioria das pessoas. Examinaremos isso agora.

Modelos de Crises Normativas

Erik Erikson rompeu com Freud em parte por sua convicção de que a personalidade não se paralisa na puberdade - que ela muda durante toda a vida adulta. Variações da teoria de Erikson surgiram a partir de estudos pioneiros de George Vaillant e Daniel Levinson. Esses *modelos de crises normativas*, todos os quais originalmente baseados na pesquisa com homens, sustentam que todas as pessoas seguem a mesma seqüência básica de mudanças sociais e emocionais relacionadas com a idade. As mudanças são *normativas* no sentido de que parecem ser comuns à maioria dos membros de uma população; e elas emergem em períodos sucessivos, muitas vezes, marcadas por *crises* emocionais que preparam o caminho para um maior desenvolvimento.

Erikson: Intimidade versus Isolamento

A sexta crise de desenvolvimento psicossocial, de Erikson, **intimidade versus isolamento**, é a principal questão do princípio da idade adulta. Se jovens adultos não puderem ter um envolvimento pessoal profundo com outras pessoas, disse Erikson, podem ficar isolados e absorvidos em si mesmos. Contudo, precisam também de um pouco de isolamento para pensarem sobre sua vida. A medida que vão resolvendo as demandas conflitantes de intimidade, de competitividade e de distância, desenvolvem um senso de ética, que Erikson considerava a marca do adulto.

Relacionamentos íntimos exigem sacrifício e compromisso. Jovens adultos que desenvolveram um forte senso de identidade - tarefa primordial da adolescência, segundo Erikson, estão prontos para fundir sua identidade com a de outra pessoa. Estão dispostos a arriscar uma perda temporária de si mesmos no coito e no orgasmo, assim como em amizades muito íntimas.

Erikson distinguia as *intimidades* sexuais, que podem ocorrer em encontros casuais, da *intimidade com I maiúsculo*, madura, que vai além da mera sexualidade (Hall, 1983). Somente depois de uma pessoa estar pronta para esse tipo de intimidade, disse Erikson, é que a "verdadeira genitalidade" pode ocorrer - o que ele definiu como orgasmo mútuo em um relacionamento heterossexual carinhoso.

A resolução dessa crise resulta na "virtude" do *amor*: devoção mútua entre parceiros que escolheram compartilhar suas vidas, ter filhos e ajudar esses filhos a realizar seu próprio desenvolvimento

intimidade versus isolamento

Segundo Erikson, é a sexta alternativa crítica de desenvolvimento psicossocial, em que jovens adultos ou se comprometem com os outros ou enfrentam um possível sentimento de isolamento, ficando voltados a si mesmos.



A intimidade, principal realização do início da idade adulta segundo a teoria de desenvolvimento da personalidade de Erikson, ocorre através do comprometimento com um relacionamento que pode exigir sacrifício e compromisso. Segundo Erikson, intimidade é possível para um homem somente depois de ele ter realizado sua própria identidade, mas as mulheres conquistam a identidade *através de* intimidade. Gilligan e outros pesquisadores propõem uma seqüência diferente para as mulheres, as quais, dizem eles, costumam primeiro conquistar a intimidade e, então, partir em busca da identidade posteriormente, às vezes, anos depois.

saudável. A decisão de não realizar o anseio natural de procriação tem sérias consequências para o desenvolvimento, segundo Erikson. Seu modelo foi criticado por excluir estilos de vida solteiros, celibatários, homossexuais e casais sem filhos de seu projeto para desenvolvimento saudável, bem como por tomar o desenvolvimento masculino de intimidade após a identidade como norma (ver Capítulo 12). Contudo, não podemos esquecer que Erikson desenvolveu sua teoria em um contexto social diferente daquele em que hoje vivemos.

Os Herdeiros de Erikson: Vaillant e Levinson

Em 1938, 268 estudantes de graduação de Harvard de 18 anos - independentes e emocional e fisicamente saudáveis - foram selecionados para o Estudo Grant. Quando chegaram à meia-idade, Vaillant (1977) identificou um padrão típico. Aos 20 anos, muitos dos homens ainda eram dominados pelos pais. Durante seus 20 anos, e às vezes os 30, eles se estabeleciam: alcançavam autonomia, casavam-se, tinham filhos e aprofundavam as amizades. Em algum ponto entre os 20 e os 40 anos, esses homens ingressavam em uma etapa de *consolidação da carreira*. Trabalhavam muito para se fortalecerem profissionalmente e dedicavam-se a suas famílias. Seguiam as regras, esforçavam-se por promoções e aceitavam "o sistema", raramente questionando se tinham escolhido a mulher ou a ocupação certa. A excitação, o encanto e a promessa que irradiavam quando estudantes havia desaparecido; agora eram descritos como "jovens sem vida, insossos e esforçados, vestindo ternos cinzas" (Vaillant, 1977, p. 217).

Ao comparar como os jovens no Estudo Grant adaptavam-se a suas circunstâncias de vida, Vaillant identificou quatro padrões ou **mecanismos de adaptação** característicos: (1) *maduro* (como utilizar humor ou ajudar os outros), (2) *imaturo* (como desenvolver queixas e dores sem base física), (3) *psicótico* (distorcer ou negar a realidade) e (4) *neurótico* (reprimir a ansiedade ou desenvolver medos irracionais). Os homens que utilizavam mecanismos maduros eram mental e fisicamente mais saudáveis, além de mais felizes, que os outros; obtinham mais satisfação com o trabalho, desfrutavam amizades mais ricas, ganhavam mais dinheiro e pareciam mais bem ajustados.

Levinson (1978, 1980, 1986) e colaboradores da Universidade de Yale fizeram entrevistas aprofundadas e testes de personalidade com 40 homens de 35 a 45 anos - operários da indústria, executivos, biólogos e romancistas. A partir desse estudo, bem como de fontes biográficas e de outras pesquisas, Levinson criou uma teoria do desenvolvimento da personalidade na idade adulta. Pouco antes de sua morte, Levinson (1996) concluiu um estudo complementar com 45 mulheres.

No centro da teoria de Levinson encontra-se uma **estrutura de vida** em desenvolvimento: "o padrão ou o projeto subjacente à vida de uma pessoa em um determinado momento" (1986, p. 6). Essa estrutura constrói-se em torno de tudo que uma pessoa considera mais importante, geralmente o trabalho e a família.

As pessoas moldam suas estruturas de vida durante épocas sobrepostas de aproximadamente 20 a 25 anos. Essas épocas são divididas em fases de ingresso e de culminação. Cada fase tem suas próprias tarefas, cuja realização torna-se a base para a próxima estrutura de vida. As épocas e as fases são ligadas por períodos transicionais, quando as pessoas reavaliam suas vidas e pensam em reestruturá-las. Na verdade, segundo Levinson, as pessoas passam quase a metade de sua vida adulta em transições, as quais podem envolver crises.

Na fase de ingresso da idade adulta inicial (dos 17 aos 33), um homem constrói sua primeira estrutura de vida provisória. Ele sai da casa dos pais, talvez para ingressar na faculdade ou nas forças armadas, e torna-se financeira e emocionalmente independente. Ele escolhe uma ocupação e estabelece relacionamentos importantes, que geralmente resultam em casamento e filhos.

Duas tarefas importantes dessa fase são formar um sonho e encontrar um mentor. Um *sonho* para o futuro geralmente está relacionado com a profissão: a imagem de, por exemplo, ganhar o Prêmio Nobel. A percepção, geralmente na meia-idade, de que um sonho acalentado não irá se realizar pode desencadear uma crise emocional; e a capacidade de estabelecer metas mais acessíveis determina o quão bem um homem enfrentará a vida. O êxito durante esse período da vida é influenciado por um *mentor* - um homem um pouco mais velho que oferece orientação e inspiração e transmite sabedoria, apoio moral e ajuda prática tanto em questões profissionais como pessoais.

mecanismos de adaptação

Termo de Vaillant para descrever quatro modos característicos utilizados pelas pessoas para se adaptarem às circunstâncias de vida: maduro, imaturo, psicótico e neurótico.

estrutura de vida

Na teoria de Levinson, é o padrão subjacente à vida de uma pessoa em um determinado momento, construído sobre todos os aspectos da vida que a pessoa acha mais importante.

Na transição dos 30 anos, um homem reavalia sua estrutura de vida inicial e procura aperfeiçoá-la. Depois, na fase de culminação do período inicial da idade adulta, ele se estabelece. Ele fixa metas (uma carreira universitária, por exemplo, ou um certo nível de renda) e um prazo para cumpri-las (até os 40, digamos). Ele ancora sua vida na família, na profissão e na comunidade. Ao mesmo tempo, ele se irrita com a autoridade; deseja tornar-se seu próprio senhor. Ele pode descartar seu mentor e entrar em desacordo com esposa, filhos, amante, chefe, amigos ou colegas de trabalho. Seu modo de lidar com as questões dessa fase irão afetar a transição da meia-idade (ver Capítulo 16).

As mulheres passam por épocas, fases e transições semelhantes, segundo Levinson (1996), mas em função das divisões culturais tradicionais entre papéis masculino e feminino, as mulheres podem enfrentar pressões psicológicas e ambientais diferentes na formação de suas estruturas de vida, e suas transições tendem a durar mais tempo.

Avaliação dos Modelos de Crises Normativas

A idéia de uma seqüência previsível de mudanças relacionadas com a idade durante a vida adulta tem sido influente. Estudos de crises normativas identificaram linhas de desenvolvimento que percorrem a vida de muitas pessoas. Entretanto, a validade desses estudos é questionável. É arriscado generalizar a partir de estudos com amostras tão limitadas. Tanto o Estudo Grant como o trabalho inicial de Levinson basearam-se em grupos pequenos nos quais todos ou quase todos eram homens brancos de classe média ou classe média alta nascidos na década de 1920 ou 1930. De modo semelhante, a pequena amostra de mulheres do estudo de Levinson, nascidas entre 1935 e 1945, não era representativa.

O desenvolvimento desses homens e dessas mulheres provavelmente foi influenciado por eventos sociais que não afetaram coortes anteriores ou posteriores, assim como por sua condição socioeconômica, por sua etnicidade e por seu gênero. Muitos dos homens que participaram dos estudos de Vaillant e de Levinson cresceram durante a depressão econômica nos anos de 1930. Foram beneficiados com a expansão econômica do pós-guerra e podem ter sido bem-sucedidos no trabalho muito além de suas expectativas iniciais e depois se exaurido prematuramente (ver Capítulo 16). As mulheres do estudo de Levinson viveram durante um período de grandes mudanças nos papéis femininos ocasionadas pelo movimento feminista, pelas tendências econômicas e pelas mudanças nos padrões da vida familiar e no local de trabalho. A medida que os papéis de gênero continuarem mudando, o desenvolvimento da personalidade tanto das mulheres quanto dos homens será afetado. Além disso, as descobertas da pesquisa de crises normativas não se aplicam a outras culturas, algumas das quais com padrões muito diferentes de desenvolvimento do curso de vida (ver Quadro 16-1 no Capítulo 16).

Diferenças de coorte desafiam o próprio cerne da teoria de crises normativas: a idéia de que o desenvolvimento segue uma seqüência previsível, conforme a idade. Embora a idade possa ser bastante indicativa do desenvolvimento de crianças, talvez não o seja tanto para adultos. Na infância e na adolescência, eventos internos de amadurecimento sinalizam a transição de um estágio de desenvolvimento para outro. Um bebê diz a primeira palavra, dá o primeiro passo, perde seu primeiro dente; o corpo de uma criança muda no início da puberdade. A medida que os jovens ingressam no mundo adulto, escolhem estilos de vida diferentes e vivem experiências diferentes; as circunstâncias ambientais e os eventos de vida tornam-se mais importantes, e esses não são iguais para todas as pessoas.

A mensagem mais importante dos modelos de crise normativa é que os adultos continuam mudando, desenvolvendo-se e crescendo. Independentemente de as pessoas crescerem ou não dos modos específicos sugeridos por esses modelos, eles questionaram a idéia de que quase nada de importante ocorre na personalidade após a adolescência.

Modelo de Seqüência de Eventos

Ao contrário de considerar o desenvolvimento da personalidade adulta em função da idade, o *modelo de momento de ocorrência dos eventos*, sustentado por Bernice Neugarten e outros (Neugarten, Moore e Lowe, 1965; Neugarten e Neugarten, 1987), afirma que o curso do desenvolvimento depende de quando alguns eventos ocorrem na vida das pessoas.

Como discutimos no Capítulo 1, os **eventos de vida normativos** (também chamados de *eventos normativos etários*) são aqueles que ocorrem na maioria dos adultos em determinados momentos da vida - eventos como casamento, paternidade/maternidade, ser avô/avó e aposentadoria. Eventos que ocorrem quando esperado, como concluir o ensino médio aos 18 anos, estão *na época*; eventos que ocorrem mais cedo ou tarde do que de costume, como enviuvar aos 25 ou tornar-se mãe aos 50, estão *fora de época*. Eventos que são normativos quando estão "na época" tornam-se não-normativos quando ocorrem "fora de época". Casar-se aos 14 anos ou, pela primeira vez, aos 41 seria um evento não-normativo.

As crises resultam não por chegar a uma determinada idade (como nos modelos de crises normativas), mas pela inesperada ocorrência e pelo momento dos eventos de vida. Se os eventos ocorrem como esperado, o desenvolvimento prossegue sem dificuldades. Em caso negativo, pode haver estresse, o qual pode resultar de um evento inesperado (como perder um emprego), de um evento que ocorre mais cedo ou mais tarde do que esperado (enviuvar aos 35 anos, ter o primeiro filho aos 45, ser forçado a se aposentar aos 55), ou da não-ocorrência de um evento esperado (nunca se casar ou ser incapaz de ter filhos). Diferenças de personalidade influenciam o modo como as pessoas respondem aos eventos de vida e (como sugeririam os teóricos tipológicos) podem até influenciar seu momento de ocorrência. Por exemplo, uma pessoa resiliente tende a experimentar uma transição mais fácil para a idade adulta e para as tarefas que estão por vir do que uma pessoa supercontrolada, que pode ficar paralisada de ansiedade e pode adiar o casamento ou as decisões profissionais.

As pessoas costumam estar muito cientes de seu próprio ritmo de desenvolvimento e descrevem a si mesmas como "adiantadas", "atrasadas" ou "em época" para se casar, ter filhos, fixar carreira ou se aposentar. Aferem a si mesmas por um **relógio social**, as normas ou as expectativas de sua sociedade para o momento apropriado de ocorrência dos eventos de vida.

O típico momento de ocorrência dos eventos varia de cultura para cultura e de uma geração para outra. Um exemplo é o aumento na idade média em que adultos casam-se pela primeira vez nos Estados Unidos (U. S. Bureau of the Census, 1996b); outro é a tendência de atraso no nascimento do primeiro filho (ver Figura 14-2). Idades que parecem certas para pessoas de uma coorte podem não parecer certas para outra.

Desde meados do século XX, as sociedades ocidentais tornaram-se menos preocupadas com a idade; o sentimento de que existe uma "época certa" para fazer certas coisas é menos rígido, e a faixa aceitável de normas etárias é mais ampla (Peterson, 1996). Hoje as pessoas são mais tolerantes com pais que têm os primeiros filhos aos 40 anos de idade, além de avós com 40 anos de idade, com aposentados de 50 anos e com pessoas profissionalmente ativas aos 75, com pessoas de 60 anos vestindo *jeans* e com reitores de 30 anos. Essa rápida mudança social desestabiliza a previsibilidade sobre a qual se baseia o modelo de momento de ocorrência de eventos.

eventos de vida normativos

No modelo de momento de ocorrência de eventos, experiências de vida normalmente esperadas que ocorrem na época costumeira.

relógio social

Conjunto de normas ou de expectativas culturais para os momentos da vida em que certos eventos importantes, como casar-se, ter filhos, começar a trabalhar e aposentar-se, devem ocorrer.

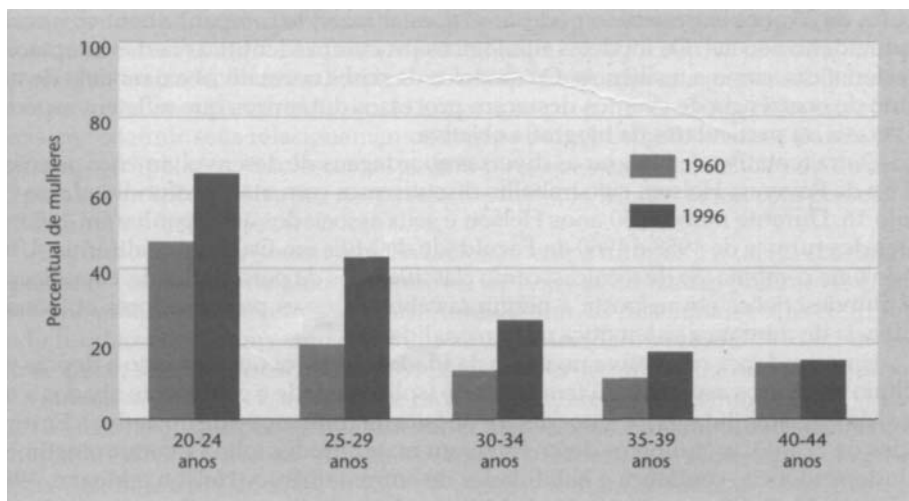


Figura 14-2

Proporção de mulheres de 20 a 44 anos que ainda não deram à luz (1960 e 1996). Hoje, as mulheres tendem a ter filhos mais tarde do que suas mães. Mais mulheres hoje têm seu primeiro filho depois dos 30 anos.

(Fonte: Dados de NCHS, 1998, Tabela 4.)

Pense sobre isso . . .

- Existe uma idade melhor para sair da casa dos pais? Para se casar? Para ter um filho? Para começar uma nova carreira? Para tirar férias para viajar? Para tornar-se avô? Para se aposentar? Em caso afirmativo, que idades são essas?

O modelo de momento de ocorrência de eventos fez uma importante contribuição para nossa compreensão da personalidade adulta ao enfatizar o curso individual de vida e ao questionar a idéia de mudanças universais relacionadas com a idade. Entretanto, sua utilidade pode limitar-se a culturas e a períodos históricos em que as normas de comportamento são estáveis e muito difundidas.

Integração das Abordagens de Desenvolvimento Psicossocial

As quatro abordagens de desenvolvimento psicossocial descritas nas seções anteriores fazem perguntas diferentes sobre o desenvolvimento adulto, observam aspectos diferentes do desenvolvimento e utilizam métodos distintos. Por exemplo, pesquisadores de traços utilizam inventários e questionários sobre personalidade, ao passo que os modelos de crises normativas foram construídos com base em entrevistas aprofundadas e materiais biográficos. Não é de surpreender, portanto, que os pesquisadores de cada uma dessas tradições costumem obter resultados que são difíceis de conciliar ou mesmo de comparar.

Os defensores da estabilidade da personalidade e os defensores da mudança, muitas vezes, defendem suas posições fervorosamente, mas parece claro que o desenvolvimento da personalidade envolve um pouco das duas coisas. Na década de 1970, as teorias de mudança normativa ocuparam o centro das atenções, apenas para cederem ao modelo de momento de ocorrência de eventos. Desde então, os pesquisadores de traços e os teóricos tipológicos redirecionaram a atenção à estabilidade essencial da personalidade.

Recentemente foram feitas tentativas para reunir essas diversas abordagens. Um importante grupo de pesquisadores de traços (Costa e McCrae, 1994a) mapeou seis elementos inter-relacionados que "constituem a matéria-prima da maioria das teorias da personalidade" (p. 23). Esses elementos são *tendências básicas*, *influências externas*, *adaptações características*, *autoconceito*, *biografia objetiva* e *processos dinâmicos*.

Tendências básicas incluem não apenas traços de personalidade, mas saúde física, aparência, gênero, orientação sexual, inteligência e capacidades artísticas. Essas tendências, que podem ser herdadas ou adquiridas, interagem com *influências externas* (ambientais) para produzir certas *adaptações características*: papéis sociais, atitudes, interesses, habilidades, atividades, hábitos e crenças. Por exemplo, é necessária uma combinação de inclinação (uma tendência básica) e o contato com um instrumento (uma influência externa) para produzir habilidade musical (uma adaptação característica). Tendências básicas e adaptações características, por sua vez, ajudam a formar o *autoconceito*, o qual se assemelha apenas parcialmente à *biografia objetiva*, os eventos reais da vida de uma pessoa. Assim, uma mulher pode pensar em si como possuidora de mais capacidade musical do que objetivamente demonstrou, e seu comportamento pode ser influenciado por essa auto-imagem. *Processos dinâmicos* unem os outros cinco elementos; um desses processos é a aprendizagem, que permite que as pessoas se adaptem às influências externas (por exemplo, tornar-se um exímio instrumentista musical).

Os diversos teóricos enfatizam algum desses elementos. Os modelos de traços focalizam tendências básicas, que são as menos inclinadas a mudar, embora possam manifestar-se de maneira diferente em épocas diferentes. Por exemplo, um vendedor de sapatos de 25 anos extrovertido pode, aos 70, estar fazendo campanha contra os cortes na previdência social. Os modelos tipológicos procuram identificar certas adaptações características, como a resiliência. Os modelos de crises normativas e o modelo de momento de ocorrência de eventos destacam processos dinâmicos que refletem aspectos universais ou particulares da biografia objetiva.

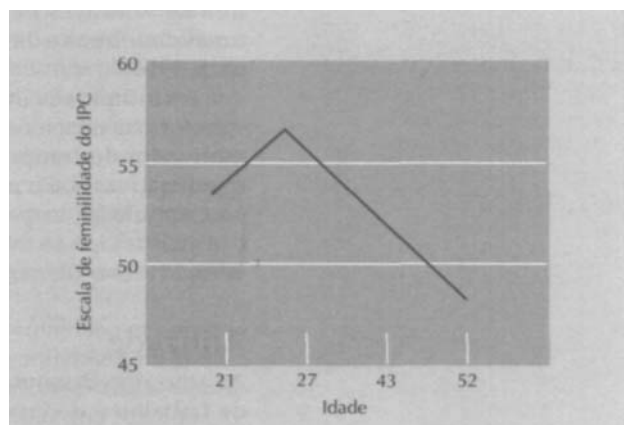
Outra tentativa de integrar as diversas abordagens de desenvolvimento psicossocial é a de Ravenna Helson, cujo trabalho discutiremos com mais profundidade no Capítulo 16. Durante mais de 30 anos Helson e seus associados acompanharam 140 mulheres das turmas de 1958 e 1960 da Faculdade de Mills em Oakland, Califórnia. Utilizando uma combinação de técnicas, como classificações da personalidade, classificação Q e autodescrições em resposta a perguntas abertas, esses pesquisadores obtiveram evidência de mudança sistemática na personalidade.

Uma mudança normativa no início da idade adulta foi um aumento e depois um declínio nos traços associados à feminilidade (solidariedade e compaixão aliadas a um senso de vulnerabilidade, de autocritica e de falta de confiança e de iniciativa). Entre as idades de 27 e 43, as mulheres desenvolveram mais autodisciplina e comprometimento, independência, confiança e habilidades de enfrentamento (Helson e Moane, 1987; ver Figura 14-3). Os pesquisadores de Mills também constataram algumas mudanças

Figura 14-3

Mudanças na feminilidade com a idade. Em uma amostra de 79 estudantes da Faculdade de Mills submetidas ao Inventário Psicológico da Califórnia (IPC) aos 21, 27, 43 e 52 anos, traços associados à feminilidade tornaram-se mais fortes entre 21 e 27 anos, depois arrefeceram na meia-idade e no início dos 50 anos.

(Fonte: Adaptado de Helson. 1993. p. 101.)



relacionadas a padrões específicos de personalidade. Por exemplo, mulheres identificadas como voluntárias ou excessivamente absorvas em si mesmas aos 21 anos tornaram-se mais competentes, mais felizes, mais sociáveis e mais confiantes aos 27, mas, na meia-idade, tendiam a ter problemas com drogas, com relacionamentos e com a profissão (Wink, 1991, 1992).

Os estudos de Mills constataram que "a personalidade realmente muda da juventude para a meia-idade de forma consistente e muitas vezes previsível" (Helson e Moane, 1987, p. 185), mas também houve áreas importantes de estabilidade. Por exemplo, alguns traços persistentes, como o otimismo, por exemplo, afetaram a qualidade de vida nas diversas idades (Mitchell e Helson, 1990).

É claro que a experiência dessas estudantes de Mills precisa ser considerada em termos de sua condição socioeconômica, de sua coorte e de sua cultura. Trata-se de um grupo de mulheres instruídas, predominantemente brancas e de classe média alta que viveram durante uma época de grandes mudanças nos papéis femininos. Portanto, as mudanças normativas constatadas na pesquisa de Mills não são necessariamente iguais às mudanças de maturação. As jovens de hoje, por sua vez, podem estar se desenvolvendo de maneira diferente das mulheres da amostra de Mills.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir e comparar quatro abordagens teóricas importantes do desenvolvimento psicossocial adulto?

Pense sobre isso ...

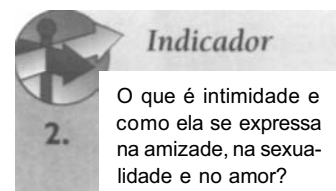
- Quais dos modelos apresentados lhe parece descrever mais precisamente o desenvolvimento psicossocial na idade adulta? Que modelo parece ter melhor embasamento na pesquisa?

Os Alicerces dos Relacionamentos Íntimos

O início da idade adulta é tipicamente uma época de profundas mudanças nos relacionamentos pessoais no qual as pessoas estabelecem, renegociam ou consolidam laços baseados na amizade, na sexualidade e no amor. Ao assumirem a responsabilidade por si mesmos e ao exercitarem o direito de tomar suas próprias decisões, os jovens adultos precisam redefinir seus relacionamentos com os pais (Mitchell, Wister e Burch, 1989). Amizades ou "paixões" adolescentes podem tornar-se vínculos vitalícios ou desaparecer, para serem substituídas por novos relacionamentos, muitas vezes, com pessoas que conheceram na faculdade ou no trabalho.

Segundo Erikson, desenvolver relacionamentos íntimos é a tarefa crucial desse período. Na sociedade altamente móvel de hoje, as amizades podem vir e ir, assim como amantes e parceiros sexuais. Ainda assim, os relacionamentos continuam sendo fundamentais enquanto os jovens adultos decidem se casar, formar parcerias sem se casar, formar parcerias homossexuais, viver sozinhos, ter ou não ter filhos.

Intimidade é uma "experiência de proximidade, afetuosa e comunicativa" (Rosenbluth e Steil, 1995), que pode incluir ou não contato sexual. Um importante elemento da intimidade é a *auto-revelação*: "revelar informações importantes sobre si mesmo a outra pessoa" (Collins e Miller, 1994, p. 457). As pessoas tornam-se íntimas - e permanecem



íntimas - através de revelações compartilhadas, da responsividade às necessidades umas das outras e da mútua aceitação e do respeito (Harvey e Omarzu, 1997; Reis e Patrick, 1996).

A intimidade inclui um senso de afiliação. A necessidade de pertencer a alguém - de formar relacionamentos fortes, estáveis, próximos e carinhosos - é um poderoso motivador do comportamento humano. As emoções mais fortes - tanto positivas como negativas - são provocadas por relacionamentos íntimos. E, como mencionamos no Capítulo 13, as pessoas tendem a ser mais saudáveis, física e mentalmente, e a viver mais tempo se tiverem relacionamentos íntimos satisfatórios (Baumeister e Leary, 1995; Myers e Diener, 1995).

Amizade

As amizades durante a idade adulta inicial e plena tendem a se centrar nas atividades de trabalho e de criação dos filhos e no compartilhamento de segredos e conselhos (Hartup e Stevens, 1999). As amizades geralmente se baseiam em interesses e valores mútuos e desenvolvem-se entre pessoas da mesma geração ou na mesma etapa de vida familiar, que validam as crenças e o comportamento uma das outras (Dykstra, 1995).

Evidentemente, as amizades variam em caráter e em qualidade. Algumas são extremamente íntimas e favoráveis; outras são marcadas por conflitos frequentes. Alguns amigos têm muitos interesses em comum; outros se baseiam em uma única atividade comum, como boliche ou bridge. Algumas amizades são para toda a vida; outras são efêmeras (Hartup e Stevens, 1999). Algumas "grandes amizades" são mais estáveis do que os laços com um amante ou com um cônjuge (Davis, 1985).

Jovens solteiros dependem mais das amizades para preencher suas necessidades sociais do que jovens casados ou pais jovens (Carbery e Buhrmester, 1998), mas são os recém-casados que possuem o maior *número* de amigos. O número de amigos e a quantidade de tempo passado em sua companhia geralmente diminui na meia-idade. Jovens adultos que estão construindo carreiras e talvez cuidando de bebês têm tempo limitado para passar com amigos. Mesmo assim, as amizades são importantes para eles. As pessoas que têm amigos tendem a ter uma sensação de bem-estar; ter amigos faz as pessoas se sentirem bem consigo mesmas, ou as pessoas que se sentem bem consigo mesmas têm mais facilidade para fazer amizades (Hartup e Stevens, 1999).

Mulheres jovens - solteiras ou casadas, com ou sem filhos - tendem mais a ter suas necessidades sociais satisfeitas pelas amizades do que homens jovens (Carbery e Buhrmester, 1998). As mulheres geralmente têm amizades mais íntimas do que os homens e acham as amizades com outras mulheres mais satisfatórias do que as com homens. Os homens são mais propensos a compartilhar informações e atividades, mas não segredos, com os amigos (Rosenbluth e Steil, 1995). Entre 150 adultos, dois terços dos quais estudantes universitários e um terço já fora da escola, a maioria dos melhores e mais íntimos amigos das pessoas era do mesmo sexo, embora 27% tivessem pessoas do sexo oposto como seus melhores amigos (Davis, 1985).

Amor

A maioria das pessoas gosta de histórias de amor, inclusive as suas. Em certo sentido, diz Robert J. Sternberg (1995), o amor é uma história. Os amantes são seus autores, e o tipo de história que eles formam reflete suas personalidades e seus sentimentos sobre o relacionamento. As "histórias" de amor também diferem historicamente e entre as culturas (ver Quadro 14-1).

Casais apaixonados tendem a ter interesses e temperamento parecidos. Esses patinadores podem ter se sentido atraídos por seu senso de aventura e de prazer em correr riscos.

VERIFICADOR

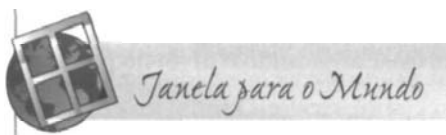
Você é capaz de ...

- ✓ Identificar fatores que promovem e mantêm a intimidade?
- ✓ Descrever características típicas da amizade durante a idade adulta inicial?



A idéia do amor como uma história sugere que as pessoas não "caem de amor"; elas o criam. A história de amor de um casal pode basear-se em um "roteiro" familiar, o qual modificam para que se adapte à sua situação. O amor, para algumas pessoas, é um vício - uma vinculação forte, ansiosa, dependente. Outros pensam nele como uma fantasia, em que uma das partes (geralmente a mulher) espera ser salva por um "cavaleiro de armadura brilhante" (geralmente o homem). Outros ainda pensam no amor como um jogo, uma batalha, ou como uma relação de poder, com um ganhador ou perdedor ou governador e governado. O amor pode ser uma história de horror, com agressor e vítima, um suspense ou uma história de detetive, em que uma das partes procura não perder a outra de vista. Ou ele pode ser a história de um jardim que precisa ser cuidado e cultivado.

As histórias, depois de iniciadas, são difíceis de mudar porque isso envolveria reinterpretar e reorganizar tudo que o casal entendeu sobre o relacionamento. Quando ocorre alguma coisa que entra em conflito com esse entendimento (como o caso amoroso de Ingrid Bergman com Rossellini), as pessoas resistem a mudar sua história. Ao contrário disso, tentam interpretar as novas informações para que elas se encaixem ("Algo deve estar errado com Ingrid; essa não é a esposa que eu conheço"). Nos termos



Quadro 14-1

Concepções Culturais do Amor

Em *Sonho de uma Noite de Verão*, de William Shakespeare, um rei imaginário que deseja pregar uma peça na rainha espreme o suco de uma flor encantada sobre os olhos dela enquanto ela dormia para que se apaixonasse pela primeira pessoa que visse ao despertar - que acaba sendo um ator vestindo uma cabeça de asno sobre a cabeça. Essa é uma das origens do antigo ditado: "O amor é cego".

Na verdade, os estudantes do amor descobriram que o acaso desempenha um papel muito menor do que o contexto cultural. Embora o amor pareça ser praticamente universal (Goleman, 1992), seu significado e sua expressão variam no tempo e no espaço.

Segundo Anne E. Beall e Robert Sternberg (1995),* pessoas de diferentes culturas definem o amor de forma diferente, e o modo como pensam sobre o amor afeta o que sentem. O amor, dizem esses pesquisadores, é uma *construção social* (ver Capítulo 1) - um conceito que as pessoas criam a partir de suas percepções culturalmente influenciadas da realidade. Esse conceito influencia o que é considerado normal, aceitável ou ideal. A cultura influencia não apenas a definição de amor, mas também as características desejáveis na escolha do amado, os sentimentos e os pensamentos que devem acompanhar o amor e como os amantes agem um com o outro. A aprovação social e o apoio da família e dos amigos reforça a satisfação e o comprometimento com um relacionamento.

Em muitas culturas, o amor tem sido considerado uma distração perigosa, perturbadora de uma ordem social baseada em casamentos arranjados. Durante os dois últimos séculos, nas sociedades ocidentais e também em outras não-ocidentais (Goleman, 1992), o casamento passou a ser baseado no amor - tendência acelerada pela auto-suficiência econômica crescente das mulheres. O amor romântico é mais comumente aceito em sociedades individualistas do que em sociedades coletivistas. Na China comunista, por exemplo, esse tipo de amor não é

apreciado. Os chineses vêem a si próprios em termos de papéis e de relacionamentos sociais, e demonstrações emocionais de satisfação própria como debilitadoras do tecido social.

Na civilização ocidental, as idéias de amor mudaram radicalmente. Na Grécia antiga, o amor homossexual era mais valorizado do que os relacionamentos heterossexuais. Em algumas culturas, o amor foi separado da sexualidade. Na corte do Rei Artur, o amor envolvia um cavalheirismo não-sexual em vez de intimidade; os cavaleiros cometiam atos de bravura para impressionar belas mulheres, mas não desejavam casar-se com elas. Na Igreja Católica Romana, o amor a Deus é considerado superior ao amor por um ser humano, e padres e freiras mantêm-se celibatários para se dedicarem totalmente à sua vocação. Na Inglaterra vitoriana, o amor era visto como uma emoção nobre, mas o sexo era considerado um mal necessário, necessário apenas para produzir filhos. Os poetas vitorianos colocavam o amado sobre um pedestal. Uma visão mais moderna é a de amar uma pessoa por quem ela é, com suas verrugas e tudo o mais.

As idéias a respeito do amor são influenciadas pelo modo como a cultura vê a natureza humana. Por exemplo, durante o Iluminismo europeu no século XVIII, considerava-se que o amor - como outros aspectos da experiência humana - estava sujeito à compreensão científica e ao controle racional e esperava-se que as pessoas tivessem controle sobre suas paixões. No século XIX, a desilusão com o poder da ciência e da razão havia se estabelecido. As pessoas eram vistas como seres de sensação, de preconceito e de emoção irracional, e o amor era descrito como uma paixão incontrolável. Hoje, a popularidade do aconselhamento matrimonial sugere uma reafirmação da possibilidade de afetar conscientemente o curso do amor.

* A menos que indicado de outra forma, essa discussão baseia-se em Beall e Sternberg, 1995.

teoria triangular do amor

Teoria de Sternberg de que os padrões de amor dependem do equilíbrio entre três elementos: intimidade, paixão e comprometimento.

Pense sobre isso . . .

- Afora a atração sexual, que diferença, se alguma, você identifica entre um amigo e um amante?
- Se você alguma vez já se apaixonou, será que as teorias e as hipóteses apresentadas nesta seção lhe parecem verdadeiras, segundo sua experiência?

de Piaget (ver Capítulo 2), as pessoas preferem *assimilar* as novas informações ao enredo existente em vez de *acomodar* a história a elas.

Pensar no amor como um história pode ajudar-nos a ver como as pessoas selecionam e misturam os elementos do "enredo". Segundo a **teoria triangular do amor**, de Sternberg (1985b; Sternberg e Barnes, 1985; Sternberg e Grajek, 1984), os três elementos do amor são intimidade, paixão e comprometimento. A *intimidade*, o elemento emocional, envolve auto-revelação, a qual leva à conexão, à afetuosidade e à confiança. A *paixão*, o elemento motivacional, baseia-se em impulsos internos que traduzem a excitação fisiológica em desejo sexual. O *comprometimento*, o elemento cognitivo, é a decisão de amar e de ficar com o ser amado. O grau em que cada um desses três elementos está presente determina que tipo de amor as pessoas têm (ver Tabela 14-1). A falta de correspondência pode acarretar problemas.

Os opostos se atraem? Não como regra. Assim como as pessoas escolhem amigos com os quais elas têm algo em comum, elas tendem a escolher parceiros de vida muito parecidos com elas (Epstein e Gutmann, 1984). Segundo a *hipótese da correspondência*, parceiros românticos que sejam mais ou menos igualmente atraentes são os que mais tendem a desenvolver relacionamentos próximos (Harvey e Pauwels, 1999). Os amantes costumam parecer um com o outro em termos de aparência física, saúde mental e física, inteligência, popularidade e afetuosidade. Tendem a ser semelhantes no quanto seus pais são felizes como indivíduos e como casais e em fatores como condição socioeconômica, raça, religião, educação e renda (Murstain, 1980). Os casais também costumam ter temperamentos semelhantes: pessoas que se arriscam tendem a se casar com outras pessoas que se arriscam - embora possam estar arriscando o divórcio prematuro! (Zuckerman, 1994)

Os psicólogos evolucionistas sustentam que os homens, por natureza, são motivados a produzir muitos filhos de modo a aumentar as chances de perpetuar sua herança genética; eles, assim, procuram mulheres que sejam jovens, atraentes e saudáveis. As mulheres são biologicamente motivadas a proteger sua prole; procuram parceiros mais velhos que serão bons provedores (Buss, 1994a, 1994b; Harvey e Pauwels, 1999). Assim, os traços que tornam as mulheres atraentes são menos controláveis do que os que tornam os homens atraentes. Essa análise pode ajudar a explicar por que as mulheres são mais sujeitas do que os homens a humores negativos, à depressão, à baixa auto-estima e à insatisfação com a imagem corporal (Bem Hamida, Mineka e Bailey, 1998).

Tabela 14-1 Padrões de Amor

Tipo	Descrição
Não-amor	Todos os três componentes do amor - intimidade, paixão e comprometimento — estão ausentes. Isso descreve a maioria dos relacionamentos pessoais, que são apenas interações casuais.
Afeição	Intimidade é o único componente presente. Existe proximidade, compreensão, apoio emocional, afeição, vinculação e afetuosidade. Não há paixão nem comprometimento.
"Paixão louca"	A paixão é o único componente presente. Este é o "amor à primeira vista", uma forte atração física e excitação sexual, sem intimidade ou comprometimento. Isso pode inflamar-se bruscamente e desaparecer com a mesma rapidez - ou, em determinadas circunstâncias, pode às vezes durar muito tempo.
Amor vazio	O comprometimento é o único componente presente. Esse tipo de amor costuma estar presente em relacionamentos de longo prazo que perderam tanto a intimidade como a paixão, ou em casamentos arranjados.
Amor romântico	Intimidade e paixão estão presentes. Amantes românticos sentem-se emocionalmente ligados e fisicamente atraídos um pelo outro. Contudo, não estão comprometidos um com o outro.
Amor companheiro	Intimidade e comprometimento estão presentes. Esta é uma amizade de longo prazo, comprometida, que costuma ocorrer em casamentos em que a atração física se extinguiu, mas em que os parceiros sentem-se próximos um do outro e tomaram a decisão de ficarem juntos.
Amor ilusório	Paixão e comprometimento estão presentes, sem intimidade. Esse é o tipo de amor que leva a um namoro em turbilhão, em que um casal compromete-se um com o outro com base na paixão sem se darem tempo para desenvolver intimidade. Esse tipo de amor geralmente não dura, apesar da intenção inicial de se comprometer.
Amor consumado	Todos os três componentes estão presentes nesse amor "completo", pelo qual muitos se esforçam, especialmente em relacionamentos românticos. É mais fácil alcançá-lo do que manter-se nele. Cada parceiro pode mudar o que quer do relacionamento. Se o outro parceiro muda também, o relacionamento pode perdurar de uma maneira diferente. Se o outro parceiro não muda, o relacionamento pode se dissolver.

Fonte: Sternberg, 1985b.

Sexualidade: Questões e Atitudes

E surpreendente a mudança nas atitudes em relação ao sexo pré-conjugal entre jovens adultos nos Estados Unidos a partir da década de 1960. Entre 1965 e 1994, a desaprovação do sexo antes do casamento caiu de 63% para 30% entre os homens e de 80% para 44% entre as mulheres (Scott, 1998).

Em alguns outros aspectos, contudo, a mudança nas atitudes e no comportamento sexual não é tão drástica. Nem os homens nem as mulheres parecem ser tão promíscuos quanto às vezes se pensa. Em uma amostra nacionalmente representativa de 3.432 pessoas de 18 a 59 anos, a metade dos entrevistados disseram que tiveram menos do que quatro parceiros sexuais durante sua vida. Muitos adultos, em função da ameaça da AIDS, disseram que tinham mudado seu comportamento sexual diminuindo o número de parceiros, selecionando-os com mais cuidado, usando preservativos ou se abstendo de sexo (Laumann, Gagnon, Michael e Michaels, 1994; Michael, Gagnon, Laumann e Kolata, 1994).

Atitudes negativas em relação à homossexualidade estão lentamente diminuindo nos Estados Unidos, mas quase três quartos dos homens e mais de dois terços das mulheres ainda a desaprovam. A desaprovação ao sexo extraconjugal é ainda maior - 94% - embora talvez não tão intensa ou tão publicamente expressada quanto na época de Ingrid Bergman. O padrão de forte desaprovação à homossexualidade, de desaprovação ainda mais forte ao sexo extraconjugal e de desaprovação bem menor ao sexo antes do casamento também se aplica à Grã-Bretanha, à Irlanda, à Alemanha, à Suécia e à Polônia, embora os graus de desaprovação difiram de um país para o outro. Os Estados Unidos têm atitudes mais restritivas do que todos esses países, exceto a Irlanda, onde a influência da Igreja Católica é forte. Por exemplo, na Alemanha e na Suécia, apenas de 3 a 7% dos adultos desaprovam o sexo antes do casamento (Scott, 1998). Na China, as atitudes sexuais e a atividade sexual antes do casamento e extraconjugais se liberalizaram drasticamente, apesar da proibição oficial do sexo fora do casamento (Gardiner et al., 1998).

Entre a adolescência e a idade adulta, as diferenças de gênero na frequência de intercurso e a incidência de masturbação aumentam. Os homens norte-americanos são muito mais propensos do que as mulheres norte-americanas a se masturbar e a aprovar o sexo casual antes do casamento. Entretanto, um apanhado geral de 177 estudos realizados de 1966 a 1990, incluindo quase 59 mil homens e 70 mil mulheres (em sua maioria jovens adultos), *não* constatou diferenças de gênero na satisfação sexual ou na participação em sexo oral. Além disso, os sexos eram bastante semelhantes nas *atitudes* sobre questões como masturbação, homossexualidade e liberdades civis para *gays* e *lésbicas* (Oiliver e Hide, 1993).

O estupro por conhecidos é um problema em muitos *campi* universitários. Universitárias têm aproximadamente três vezes mais chances de serem vítimas de estupro do que mulheres da população em geral (Gidycz, Hanson e Layman, 1995). Programas de prevenção ao estupro têm tido algum êxito. Em um estudo, universitários que participaram de uma sessão de uma hora de duração destinada a oferecer informações precisas sobre estupro e a desfazer mitos sobre ele tornaram-se mais empáticos para com as vítimas de estupro do que um grupo-controle e tornaram-se mais conscientes do que constitui estupro (Pinzone-Glover, Gidycz e Jacobs, 1998).

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir as teorias e a pesquisa sobre a natureza do amor e como homens e mulheres escolhem parceiros?
- ✓ Resumir as tendências recentes e as diferenças de gênero nas atitudes e no comportamento sexual?

Estilos de Vida Conjugais e Não-Conjugais

As regras de comportamento aceitável de hoje são mais elásticas do que eram durante a primeira metade do século XX. As atuais normas não ditam mais que as pessoas devem casar-se, permanecer casadas ou ter filhos, e em que idades fazer isso. As opções de estilo de vida incluem permanecer solteiro, viver com um parceiro de qualquer sexo, divorciar-se, casar-se novamente e não ter filhos; e as escolhas das pessoas podem mudar.

O casamento não é mais a instituição organizadora central da sociedade norte-americana, e isso é ainda mais verdadeiro em muitos outros países industrializados. Segundo levantamentos randomizados naquele país, a proporção de lares norte-americanos formada por casais casados com filhos caiu de 45% em 1972 para 26% em 1998. En-

quanto isso, a proporção de lares formados por pessoas solteiras sem filhos dobrou, de 16% para 32%, tornando-se o esquema de vida mais comum nos Estados Unidos. As pessoas casam-se mais tarde hoje em dia, isso quando fazem; mais pessoas têm filhos fora do casamento, quando os têm; mais pessoas rompem seus casamentos. A economia pode fazer parte do quadro; o declínio no casamento ocorre principalmente nas famílias da classe trabalhadora (Smith, 1999).

Nessa seção, examinamos o casamento e suas alternativas. Na seção seguinte, examinamos a vida familiar.

Vida de Solteiro

O número de jovens adultos que ainda não se casaram aumentou drasticamente. Em 1998, quase 35% das pessoas de 25 a 34 anos, incluindo mais do que 53% dos afro-americanos dessa idade, nunca se casaram (U.S. Bureau of the Census, 1993b, 1996a, 1998).

Algumas pessoas permanecem solteiras porque não encontraram o parceiro certo. Em um estudo com 300 mulheres solteiras, negras, brancas e latinas na região de Los Angeles (Tucker e Mitchell-Kernan, 1998), membros de todos os três grupos tinham dificuldade para encontrar homens aceitáveis com experiências educacionais e sociais semelhantes, mas, diferentemente dos outros dois grupos, as mulheres afro-americanas, cuja idade média era 40 anos, pareciam relativamente não-preocupadas com a situação. Talvez, como o modelo de momento de ocorrência de eventos poderia predizer, isso se deva ao fato de elas considerarem a condição de solteira como normativa em seu grupo étnico - condição oriunda principalmente do generalizado desemprego e das altas taxas de mortalidade entre homens jovens afro-americanos (Manning e Landale, 1996; Tucker e Mitchell-Kernan, 1998; Tucker, Taylor e Mitchell-Kernan, 1993).

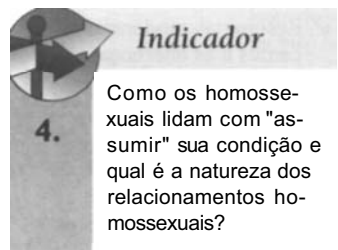
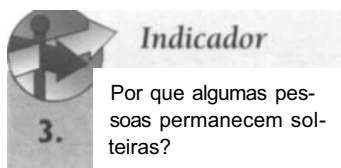
Alguns jovens adultos ficam solteiros por opção. Mais mulheres hoje se sustentam, e existe menos pressão social para se casar. Algumas pessoas desejam ser livres para correr riscos, experimentar e fazer mudanças - viajar pelo país, pelo mundo, mudar de profissão, aperfeiçoar sua educação ou realizar um trabalho criativo sem se preocupar sobre como sua busca de auto-realização afeta outra pessoa. Algumas apreciam a liberdade sexual. Algumas acham esse estilo de vida excitante. Algumas simplesmente gostam de ficar sozinhas. E algumas adiam ou evitam o casamento por temerem que ele acabe em divórcio (Glick e Lin, 1986b). O adiamento faz sentido, pois, como veremos, quanto mais jovens são as pessoas quando se casam pela primeira vez, maior sua probabilidade de se separarem. De modo geral, solteiros gostam de sua condição (Austrom e Hanel, 1985). A maioria deles não é solitária (Cargan, 1981; Spurlock, 1990); são ocupados e ativos e sentem-se seguros a seu próprio respeito.

Relacionamentos Homossexuais Masculinos e Femininos

Adultos têm maior probabilidade do que adolescentes de se identificarem como homossexuais (ver Capítulo 12). Ainda assim, menos de 3% dos homens norte-americanos e 1,5% das mulheres se autodenominam homossexuais ou bissexuais. Um percentual ligeiramente maior - 5% dos homens e 4% das mulheres - relatam pelo menos uma experiência homossexual na idade adulta. A identificação como *gay* ou *lésbica* é mais comum nas grandes cidades - 9% para os homens e 3% para as mulheres (Laumann et al., 1994; Michael et al., 1994).

Devido à forte desaprovação da sociedade à homossexualidade, **assumir a homossexualidade** - o processo de revelar abertamente a orientação homossexual - costuma ser lento e doloroso. Esse processo geralmente ocorre em quatro estágios, que podem jamais se realizar plenamente (King, 1996):

1. *Reconhecimento de ser homossexual.* Isso pode ocorrer no início da infância ou somente na adolescência ou depois. Pode ser uma experiência solitária, dolorosa e desconcertante.
2. *Conhecer outros homossexuais* e estabelecer relacionamentos sexuais e românticos. Isso pode não acontecer até a idade adulta. O contato com outros homossexuais pode diminuir os sentimentos de isolamento e melhorar a auto-imagem.



assumir a homossexualidade
Processo de revelar abertamente a orientação homossexual.



A maioria dos homossexuais de ambos os sexos, como a maioria dos heterossexuais, buscam amor, companheirismo e realização sexual em um relacionamento comprometido.

3. *Contar para a família e para os amigos.* Muitos homossexuais demoram muito tempo para fazer isso - quando o fazem. A revelação pode trazer desaprovção, conflito e rejeição; ou ela pode aprofundar a solidariedade e o apoio da família. A revelação costuma se limitar à família imediata, geralmente mães e irmãs (Mays, Chatters, Cochran e Mackness, 1998).
4. *Abertura completa.* Isso inclui contar aos colegas, aos empregadores e a qualquer outra pessoa com a qual o homossexual entra em contato. Os que atingem esse estágio alcançaram uma aceitação saudável de sua sexualidade como parte de quem são.

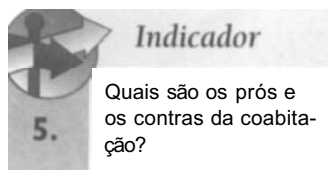
Os relacionamentos homossexuais assumem muitas formas, mas a maioria dos homossexuais (como a maioria dos heterossexuais) buscam amor, companheirismo e realização sexual através de um relacionamento com uma pessoa. Esses relacionamentos são mais comuns em sociedades que os toleram, aceitam ou apóiam (Gardiner et al., 1998). Os ingredientes da satisfação a longo prazo são muito semelhantes em relações homossexuais e heterossexuais (Patterson, 1995b).

As lésbicas são mais propensas do que os homossexuais masculinos a terem relacionamentos estáveis e monogâmicos. Com a epidemia de AIDS, entretanto, os homossexuais masculinos tornaram-se mais interessados em relacionamentos de longo prazo. Os parceiros homossexuais que vivem juntos tendem a ser tão comprometidos quanto casais casados (Kurdek, 1995), mas parceiros homossexuais masculinos tendem a ser menos parecidos um com outro em termos de idade, renda e educação do que parceiros heterossexuais ou homossexuais femininos (Kurdek e Schmitt, 1987). A idéia de que os parceiros em relacionamentos homossexuais tipicamente desempenham papéis "masculino" e "feminino" foi totalmente desacreditada pela pesquisa (Berger, 1984; Berger e Kelly, 1986; King, 1996).

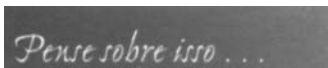
Hoje, *gays* e lésbicas nos Estados Unidos estão lutando para obter o reconhecimento legal de suas uniões, o que já existe em alguns países (Kottak, 1994; Kristen, 1999) e, agora, no Estado de Vermont, e o direito de adotar crianças ou de criar seus próprios filhos. (Muitos homossexuais que eram casados e tinham filhos antes de se assumirem não puderam obter ou manter a custódia.) Eles também estão fazendo pressão para pôr fim à discriminação no emprego e na moradia. Um questão corrente é se parceiros domésticos não-casados - homossexuais ou heterossexuais - devem ter direito à cobertura do seguro de saúde e a planos de aposentadoria um do outro, poder apresentar declarações tributárias conjuntas e ter direito à licença nojo e a outros benefícios costumeiros do casamento. Esses dispositivos já estão em vigor na França, na Suécia, na Noruega, na Dinamarca e na Holanda (Trueheart, 1999).

Pense sobre isso . . .

- Os homossexuais devem ter direito de se casar? De adotar filhos? De ter cobertura do plano de saúde da/o parceira/o?

**coabitação**

Condição de um casal que vive junto e mantém um relacionamento sexual sem ser legalmente casado.



- Conforme sua experiência ou sua observação, é uma boa idéia viver com um amante antes do casamento? Justifique sua resposta. Faz diferença se existem filhos envolvidos?

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar por que algumas pessoas ficam solteiras?
- ✓ Descrever as quatro etapas de assunção da homossexualidade, além das características típicas dos relacionamentos homossexuais masculinos e femininos?
- ✓ Descrever os motivos para o aumento da coabitação e assinalar suas desvantagens?

Coabitação

A **coabitação** é um estilo de vida em que um casal não-casado envolvido em um relacionamento sexual vivem juntos, no que às vezes se chama de *união consensual* ou *informal*. Essas uniões tornaram-se a norma em muitos países, como a Suécia e a Dinamarca, onde casais que coabitam têm praticamente os mesmos direitos legais que casais casados (Popenoe e Whitehead, 1999). No Canadá, 12% dos casais viviam em coabitação em 1996, duas vezes mais do que em 1981 (Wu, 1999).

Mais da metade de todos os casais norte-americanos que se casam viveram juntos antes, como fizeram Ingrid Bergman e Roberto Rossellini (Popenoe e Whitehead, 1999). Contudo, cerca de 4 de cada 10 casais que coabitam *não* se casam; eles se separam dentro de 2 a 5 anos, e cada uma das partes vai em busca de um novo parceiro. Como resultado, muitos adultos têm dois ou mais parceiros com os quais coabitaram antes do casamento (Michael et al., 1994; Popenoe e Whitehead, 1999).

Um fator que contribui para o aumento na coabitação pode ser a tendência secular de maturação sexual precoce (ver Capítulo 11). Isso, aliado ao maior número de jovens almejando educação avançada, cria um período mais longo entre a maturidade fisiológica e a maturidade social. Muitos jovens adultos desejam relacionamentos românticos e sexuais próximos, mas não estão prontos para o casamento - e podem nunca estar. Além disso, com o aumento dos divórcios, muitos acreditam menos no casamento do que no passado. Um fator subjacente é a transição de uma sociedade fortemente religiosa, em que o sexo fora do casamento era considerado um pecado, para uma sociedade secular em que a autonomia individual e a auto-realização são metas primordiais (Popenoe e Whitehead, 1999). Pressões socioeconômicas e fatores culturais também são fatores influentes. A coabitação é particularmente comum entre afro-americanos, porto-riquenhos e mulheres brancas desfavorecidas, para os quais tende a ser uma alternativa em vez de um prelúdio para o casamento (Manning e Landale, 1996; Popenoe e Whitehead, 1999).

Mesmo assim, a ampla aceitação da coabitação é surpreendente, considerando-se que até mais ou menos 1970 ela era ilegal, e ainda é em alguns Estados. A coabitação pode ser uma espécie de casamento experimental, e, segundo levantamentos nos Estados Unidos, a maioria das pessoas jovens consideram-na uma boa idéia. Entretanto, a pesquisa demonstra que os casais que vivem juntos antes do casamento tendem a ter casamentos mais infelizes, menos comprometimento com o casamento, mais risco de violência doméstica e de abuso físico e sexual dos filhos e maior probabilidade de divórcio (Popenoe e Whitehead, 1999).

Em parte, essas descobertas podem refletir os tipos de pessoas que optam pela coabitação e não os efeitos da coabitação em si. As pessoas que coabitam tendem a ter atitudes pouco convencionais em relação à vida familiar, além de serem menos propensas do que a maioria das outras pessoas a selecionarem parceiros parecidos consigo mesmas em termos de idade e de estado civil anterior. Elas tendem mais a terem pais divorciados e enteados/as. Todos esses fatores tendem a prognosticar casamentos instáveis (Hall e Zhao, 1995; Popenoe e Whitehead, 1999).

A coabitação também tem efeitos diretos sobre o casamento. Uma análise de dados de um levantamento nacional canadense indica que a coabitação tende a atrasar o casamento. É fácil para um casal que vive junto ficar estendendo o "período experimental" antes de assumir um compromisso de longo prazo (Wu, 1999). Mais preocupante é que a coabitação - particularmente uma série de coabitações - contribui para futura instabilidade conjugal, talvez por desestabilizar o comprometimento com a instituição do casamento (Popenoe e Whitehead, 1999).

Os próprios relacionamentos de coabitação são menos estáveis e, em geral, menos satisfatórios do que os casamentos. Aqueles que vivem em coabitação não desfrutam algumas vantagens econômicas, psicológicas e de saúde do casamento, as quais provêm da segurança de um comprometimento a longo prazo, de maior partilha de recursos econômicos e sociais e de uma ligação mais forte com a comunidade. Homens e mulheres tendem a encarar a coabitação de maneiras distintas: os homens, como uma oportunidade de ter um parceiro sexual estável sem estar amarrado, as mulheres, como um passo para o casamento (Popenoe e Whitehead, 1999).

Casamento

No Tibete, um homem e seu pai têm a mesma esposa. No Zaire, é exatamente o contrário: uma mulher compartilha de seu marido com a mãe (World Features Syndicate, 1996). Em muitas sociedades africanas, uma mulher - que, com frequência, é casada com um homem, mas é estéril - pode tomar uma "esposa" para parir e cuidar de seus filhos (Cadigan, 1998). A *poliginia* - o casamento de um homem com mais de uma mulher ao mesmo tempo - é comum em países islâmicos, em sociedades africanas e em partes da Ásia. Em sociedades *poliândricas*, onde as mulheres geralmente detêm mais poder econômico, uma mulher pode ter vários maridos - em algumas regiões do Himalaia, um grupo de irmãos (Gardiner et al., 1998; Kottak, 1994). Os costumes matrimoniais variam amplamente, mas a universalidade de algum tipo de casamento ao longo da história e em todo o mundo demonstra que ele atende a algumas necessidades fundamentais.

Na maioria das sociedades, o casamento é considerado a melhor forma de garantir uma criação ordenada dos filhos. Ele permite uma divisão dos afazeres em uma unidade de consumo e trabalho. Idealmente, ele oferece intimidade, amizade, afeição, realização sexual, companheirismo e oportunidade de crescimento emocional. Em algumas tradições filosóficas orientais, a união harmoniosa entre homem e mulher é considerada essencial para a realização espiritual e para a sobrevivência da espécie (Gardiner et al., 1998).

Hoje alguns dos benefícios do casamento, como sexo, intimidade e segurança econômica, não estão restritos ao matrimônio. Ainda assim, em uma amostra nacional de mais de 2 mil adultos de 18 a 90 anos, as pessoas casadas tendiam a ser mais felizes do que as pessoas solteiras. Contrariamente a estudos anteriores, constatou-se que homens e mulheres beneficiam-se igualmente com um vínculo conjugal; porém, de formas distintas - as mulheres com o apoio econômico e os homens com o apoio emocional (Ross, 1995).

O Ingresso no Matrimônio

No passado e nas diversas culturas, o modo mais comum de escolher um cônjuge tem sido por arranjo, seja pelos pais, seja por casamenteiros profissionais. Entre as principais considerações nos casamentos arranjados encontram-se a riqueza e a condição social das famílias a serem unidas pelo casamento. Às vezes, o contrato de casamento ocorre na infância. A noiva e noivo podem nem ao menos se conhecer até o dia do enlace. Desde a Renascença, com a evolução da família nuclear, a livre escolha de cônjuges baseada no amor tornou-se a norma no mundo ocidental (Broude, 1994; Ingoldsby, 1995; ver Quadro 14-1), mas no Japão, 25 a 30% dos casamentos ainda são arranjados (Applbaum, 1995).

A típica "idade para se casar" varia entre as culturas. No leste europeu, as pessoas tendem a se casar durante ou antes do início dos 20 anos, como fez Ingrid Bergman. Mas países industrializados, como a Suécia, estão testemunhando uma tendência para se casar mais tarde, uma vez que os jovens adultos usam o tempo para perseguir metas educacionais e profissionais ou para explorar os relacionamentos (Bianchi e Spain, 1986). No Canadá, a idade média do primeiro casamento subiu de 23 para 27 anos a partir de 1961 (Wu, 1999). Nos Estados Unidos, a idade mediana dos noivos pela primeira vez é de quase 27 anos, e de noivas pela primeira vez, 25 - um aumento de mais de três anos desde 1975 (U. S. Bureau of the Census, 1999d).

A transição para a vida matrimonial acarreta mudanças importantes no funcionamento sexual, nos esquemas de vida, nos direitos e nas responsabilidades, nos vínculos e na lealdade. Entre outras coisas, os cônjuges precisam redefinir o vínculo com suas famílias de origem, equilibrar intimidade com autonomia e estabelecer um relacionamento sexual satisfatório (Wallerstein e



Indicador

O que os adultos ganham com o casamento? Que padrões culturais cercam o ingresso no casamento? Por que alguns casamentos são bem-sucedidos enquanto outros fracassam?



O casamento é universal em todas as culturas, embora a vestimenta, os costumes de celebração e até o número de parceiros variem. Este casal indiano de Durban, na África do Sul, pode ter sido apresentado por um casamenteiro - mundialmente, a forma mais comum de selecionar um cônjuge.

Blakeslee, 1995). Para ajudar os recém-casados a se adaptarem, algumas sociedades tradicionais lhes concedem privacidade extra; em outras sociedades, suas atividades sexuais e de outros tipos estão sujeitas a regras prescritas e à supervisão. Em algumas culturas, os recém-casados montam sua própria casa; em outras, vivem com os pais, temporária ou permanentemente. Em algumas sociedades, como os Rajputs de Khalapur, Índia, marido e esposa vivem, comem e dormem separados (Broude, 1994). Em contraste com culturas anglo-americanas, onde se considera que o principal propósito do casamento é o amor e o companheirismo (Smith, 1999), a única finalidade do casamento na sociedade Rajput é a reprodução; o apoio emocional e social é dado por parentes e amigos de mesmo sexo (Broude, 1994).

Atividade Sexual Após o Casamento

Os americanos parecem fazer sexo com menos frequência do que a mídia sugere, e pessoas casadas o fazem com mais frequência do que solteiras, embora menos frequentemente do que aqueles que vivem em coabitação. Entrevistas presenciais com uma amostra randômica de 3.432 homens e de mulheres de 18 a 59 anos constatou que apenas cerca de um terço, incluindo 40% de casais casados, têm relações duas ou mais vezes por semana (Laumann et al., 1994; Michael et al., 1994).

A frequência de relações sexuais no casamento diminui abruptamente depois dos primeiros meses, ao que parece devido à perda da novidade, e depois diminui gradualmente com o passar do tempo. A satisfação com o casamento é o segundo fator mais importante depois da idade - embora não esteja claro se a satisfação influencia a frequência do sexo ou o contrário (Call, Sprecher e Schwartz, 1995).

Algumas pessoas casadas buscam intimidade sexual fora do casamento, especialmente depois dos primeiros anos, quando a excitação do sexo com o cônjuge enfraquece ou quando surgem problemas no relacionamento. É difícil saber o quão comum é o sexo extraconjugal, pois não há como saber o quanto as pessoas são fidedignas em relação a suas práticas sexuais, mas pesquisas sugerem que essa prática é muito menos comum do que geralmente se pensa. Em uma pesquisa, apenas cerca de 21% dos homens e 11,5% das mulheres que já foram casados disseram ter tido relações extraconjugais. A relação extraconjugal era mais comum entre coortes mais jovens do que entre os nascidos antes de 1940 (Smith, 1994). O medo da AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis pode ter reduzido o sexo extraconjugal depois de seu auge no final dos anos de 1960 e início dos anos de 1970. Em uma pesquisa de âmbito nacional (nos Estados Unidos), somente cerca de 2% dos entrevistados casados admitiram terem sido infiéis durante o ano anterior (Choi, Catania e Dolcini, 1994).

Fatores no Êxito ou o Fracasso Conjugal

Um dos fatores mais importantes no êxito conjugal é um senso de compromisso. Em uma amostra nacional de 2.331 pessoas casadas, a dependência entre os parceiros desempenhava um papel no comprometimento com o casamento, mas o fator mais forte era um sentimento de obrigação com o cônjuge (Nock, 1995).

O êxito no casamento está intimamente associado com como os parceiros comunicam-se, tomam decisões e lidam com os conflitos (Brubaker, 1983, 1993). Discutir e expressar raiva abertamente parece ser bom para um casamento; queixas, atitudes defensivas, teimosia e retraimento são sinais de problema (Gottman e Krokoff, 1989). Entre 150 casais que foram acompanhados durante os primeiros 10 anos de casamento, aqueles que aprenderam a "jogar limpo" tinham 50% menos chance de se divorciarem (Markman, Renick, Floyd, Stanley e Clements, 1993).

A idade no casamento é um importante prognosticador de se a união vai durar. Adolescentes têm altas taxas de divórcio; pessoas que esperam pelo menos até o final dos 20 anos para se casarem têm mais chances de êxito. Também tendem mais ao divórcio as mulheres que abandonam os estudos durante o ensino médio ou o superior (Norton e Miller, 1992). Como assinalamos, a coabitação antes do casamento e ter pais divorciados são prognosticadores de divórcio; assim como o não dar à luz um bebê antes do casamento, não ter filhos e ter enteados em casa (Schoen, 1992; White, 1990). Quando existem filhos, a probabilidade de um rompimento aumenta se o marido estiver desempregado ou se tiver menos de 30 anos, se a família estiver vivendo na pobreza ou se ambos os pais trabalharem em tempo integral (U. S. Bureau of the Census, 1992c).

Dificuldades econômicas podem causar sério estresse emocional no casamento, aumentando a probabilidade de conflito. Em um estudo longitudinal de quatro anos com mais de 400 casais casados, os que eram mais resilientes quando confrontados com pressões econômicas eram os que demonstravam uma atitude de apoio mútuo - que ouviam as preocupações um do outro, tentavam ajudar, eram sensíveis ao ponto de vista um do outro e expressavam aprovação pelas qualidades um do outro. Os mais capazes de resolver conflitos eram os que trabalhavam juntos para criar estratégias efetivas e realistas para resolução de problemas (Conger, Rueter e Elder, 1999).

Fazendo uma retrospectiva de seus casamentos, 130 mulheres divorciadas que haviam sido casadas uma média de oito anos demonstraram surpreendente concordância quanto aos motivos para o fracasso de seus casamentos. Independentemente de sua atual renda, ou de quanto tempo estavam divorciadas, os motivos citados com mais frequência foram incompatibilidade e falta de apoio emocional; para mulheres divorciadas há pouco tempo, presumivelmente mais jovens, isso incluía falta de apoio na profissão. O abuso por parte do cônjuge ficou em terceiro, sugerindo que a violência doméstica pode ser mais frequente do que, em geral, se percebe (Dolan e Hoffman, 1998; ver Quadro 14-2).

Um fator sutil subjacente ao conflito e ao fracasso conjugal pode ser uma diferença entre o que os dois sexos esperam do casamento. Para muitas mulheres, a intimidade sexual envolve compartilhar sentimentos e segredos íntimos; os homens tendem a expressar intimidade através do sexo, da ajuda prática, do companheirismo e das atividades compartilhadas (Thompson e Walker, 1989). A incongruência entre o que as mulheres esperam de seus maridos e o modo como os homens se vêem pode ser promovida pelos meios de comunicação. As manchetes, o texto e as fotografias nas revistas masculinas continuam reforçando o papel masculino tradicional de arrimo da família, enquanto as revistas femininas mostram os homens em papéis de provedores (Vigorito e Curry, 1998).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar os diversos benefícios do casamento?
- ✓ Apontar diferenças culturais nos métodos de seleção de cônjuges, na idade para se casar e nos arranjos domésticos?
- ✓ Discutir como as relações sexuais mudam após o casamento?
- ✓ Identificar fatores no êxito ou no fracasso conjugal?

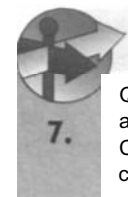
Vida Familiar

Embora a instituição da família seja universal (Kottak, 1994), a família "tradicional" - marido, esposa e seus filhos biológicos - não é. Como assinalamos no Capítulo 1, em muitas culturas africanas, asiáticas e latino-americanas, o lar de família extensa é a forma tradicional. Nos países ocidentais industrializados, o tamanho, a composição, a estrutura e os arranjos de vida da família mudaram drasticamente. As pessoas estão constituindo famílias menores e iniciando-as mais tarde. Além da opção de adoção (ver Capítulo 10), casais estéreis podem ter filhos por métodos tecnológicos que eram desconhecidos na geração anterior (ver Capítulo 13). A maioria das mães agora têm trabalho remunerado, dentro ou fora de casa, e um pequeno, mas crescente, número de pais são os principais cuidadores. Mais mulheres solteiras e casais em coabitação estão tendo filhos e criando-os. Milhões de crianças vivem com pais homossexuais ou com padrastos e madrastas. Por outro lado, um número crescente de casais optam por não ter filhos (Seccombe, 1991).

Ter Filhos

Outrora, uma benção oferecida a recém-casados no país asiático do Nepal era: "Que vocês tenham filhos suficientes para cobrir as encostas!". Hoje, aos casais nepaleses deseja-se: "Que vocês tenham um filho maravilhoso" (Arjyal, comunicação pessoal, 12 de fevereiro de 1993). Ainda que os filhos gozem da preferência sobre as filhas, mesmo os meninos não são desejados na mesma quantidade que eram no passado.

Nas sociedades agrícolas pré-industriais, as grandes famílias eram uma necessidade: as crianças ajudavam com o trabalho da família e, posteriormente, cuidavam dos pais na velhice. A taxa de mortalidade na infância era alta, e ter mais filhos aumentava a probabilidade de que alguns alcançariam a maturidade. Hoje, as taxas de mortalidade infantil melhoraram grandemente (ver Capítulos 4 e 7), e em sociedades industriais, as grandes famílias não são mais um bem econômico. Também nos países em desenvolvimento, onde a superpopulação e a fome são problemas importantes, reconhece-se a necessidade de limitar o tamanho da família e de ampliar o período entre um filho e outro.



Indicador

Quando a maioria dos adultos têm filhos? Como isso afeta um casamento?



Em Termos Práticos

Quadro 14-2**Lidando com a Violência Doméstica**

Violência doméstica ou *abuso do parceiro* é o maltrato físico, sexual ou psicológico de um cônjuge, ex-marido ou ex-esposa, ou de um parceiro íntimo de modo a obter ou manter o poder ou o controle. Sua plena extensão é desconhecida, tanto nos Estados Unidos como no restante do mundo (Wlaker, 1999); ela geralmente ocorre privadamente, e as vítimas, muitas vezes, não a denunciam por medo ou por vergonha (Bachman, 1994). Bater na esposa é comum em muitas sociedades tradicionais, mesmo em algumas em que é oficialmente condenada. É mais comum em sociedades marcadas por comportamento agressivo, práticas sexuais restritivas, *status* inferior da mulher e uso de força física para resolução de disputas. É bastante rara em sociedades baseadas em lares de família extensa (Broude, 1994).

A vasta maioria das vítimas conhecidas - mais de 90% nos Estados Unidos - são mulheres, e elas têm maior probabilidade do que os homens de ficarem gravemente feridas. Depois de sofrer abuso uma vez, uma mulher tende a sofrê-lo novamente (Holtzworth-Munroe e Stuart, 1994; U. S. Bureau of Justice Statistics, 1994).

O abuso do parceiro ocorre em todos os níveis da sociedade, em todas as faixas de renda, mas as mulheres em maior risco são jovens, pobres, com baixo nível de escolaridade e divorciadas ou separadas (U. S. Bureau of Justice Statistics, 1994; Wlaker, 1999). Os homens que intencionalmente machucam mulheres tendem a não ter completado o ensino médio, a estar desempregado ou a ter emprego de maneira intermitente, a ter baixa renda e problemas com álcool ou com outras drogas e a estar brigado ou ser o ex-marido ou ex-namorado de sua vítima (Heyman, O'Leary e Jouriles, 1995; Kyriacou et al., 1999; McKenry, Julian e Gavazzi, 1995). Não existe diferença apreciável de violência doméstica contra mulheres negras e brancas (Bachman, 1994).



A maioria das vítimas de violência doméstica são mulheres, as quais têm maior probabilidade de ficarem gravemente feridas. Os homens que abusam de suas parceiras costumam buscar controle ou domínio e, muitas vezes, foram criados em lares violentos.

Os empurrões, encontrões e tapas, muitas vezes, se iniciam antes do casamento. Entre 625 casais recém-casados, 36% relataram violência antes do casamento (McLaughlin, Leonard e Senchak, 1992). Se nada é feito a respeito, a violência tende a aumentar (Holtzworth-Munroe e Stuart, 1994; O'Leary et al., 1989). Os homens que são perigosamente agressivos antes do casamento geralmente continuam sendo agressivos depois do casamento, e esses casamentos tendem a se deteriorar e a fracassar (Heyman, O'Leary e Jouriles, 1995).

O abuso do cônjuge é mais freqüente nos casamentos em que o homem busca o controle ou o domínio (Yllo, 1984, 1993). Esses relacionamentos podem ser produtos de um processo de socialização em que os meninos são ensinados, por exemplo, a

Além de normalmente terem menos filhos hoje em dia, as pessoas também começaram a tê-los mais tarde na vida (ver Figura 14-2), muitas vezes, porque passam os primeiros anos da idade adulta estudando e se profissionalizando. (Ingrid Bergman, como a maioria das mulheres de sua geração, não esperou para se firmar em uma profissão antes de tornar-se mãe; ela teve seu primeiro filho aos 23 anos, pouco antes de chegar a Hollywood.) Entre 1975 e 1997, o percentual de mulheres que deram à luz em seus 30 e depois dos 40 anos aumentou de forma constante. Mulheres com melhor nível de instrução tendem a ter bebês mais tarde (Ventura, Martin, Curtin e Mathews, 1999; ver Figura 14-4).

Os bebês de mães mais velhas podem beneficiar-se com a maior facilidade de suas mães com a maternidade. Quando 105 novas mães de 16 a 38 anos de idade foram entrevistadas e observadas com seus bebês, as mães mais velhas relataram maior satisfação com a maternidade e passavam mais tempo com os bebês. Eram mais afetuosas e sensíveis com seus bebês e mais seguras para encorajar um comportamento desejado (Ragozin, Basham, Crnic, Greenberg e Robinson, 1982). E, em uma amostra grande de representação nacional, uma subamostra de 47 homens que se tornaram pais após os 35 anos passavam mais tempo com seus filhos, tinham maiores expectativas para os comportamentos dos filhos e eram mais zelosos do que um grupo de comparação com



preponderar através de agressão e de força física. Oito a cada dez homens que agredem fisicamente suas esposas viram seus pais baterem em suas mães (Reiss e Roth, 1994). Homens criados em lares violentos tendem a não ter aprendido a lidar com conflito, frustração e raiva (Holtzworth-Munroe e Stuart, 1994).

Os efeitos da violência doméstica, muitas vezes, se estendem além do casal. Os filhos, especialmente do sexo masculino, tendem a sofrer abuso de ambos (Jouriles e Norwood, 1995), e os meninos expostos ao abuso tendem a praticá-lo quando crescem. A violência na família está diretamente relacionada com a violência na comunidade (Walker, 1999).

Por que as mulheres permanecem com homens que as agredem? Algumas não conseguem encarar e admitir o que está acontecendo. Algumas têm baixa auto-estima e acham que merecem apanhar. A constante zombaria, crítica, ameaça, punição e manipulação psicológica podem destruir sua autoconfiança e oprimi-las com dúvidas a seu próprio respeito (Fawcett, Heise, Isita-Espejel e Pick, 1999; NOW Legal Defense and Education Fund e Chernow-O'Leary, 1987). Algumas minimizam a extensão do abuso ou julgam-se responsáveis por não estarem à altura de suas obrigações conjugais. Muitas vêem o abuso como uma questão privada a ser resolvida dentro da família (Fawcett et al., 1999). Algumas mulheres acham que não têm a quem recorrer. Seus parceiros abusivos as isolam da família e dos amigos. São muitas vezes financeiramente dependentes e carecem de apoio social externo (Kalmuss e Straus, 1982; McKenry, Julian e Gavazzi, 1995; Strube e Barbour, 1984).

Muitas vezes, os riscos de agir parecem superar os benefícios (Fawcett et al., 1999). Se a mulher tenta acabar com o relacionamento ou chamar a polícia, ela sofre mais abuso (Geller, 1992). Algumas mulheres têm medo de se separar - um medo realista, pois alguns maridos abusivos posteriormente procuram, assediam e batem ou até matam suas espo-

sas (Reiss e Roth, 1994; Wlaker, 1999). As mulheres que são vítimas de violência grave que não iniciaram ou de sexo coercivo são as mais temerosas, talvez porque sejam as que menos sentem controle sobre o que lhes acontece (DeMaris e Swinford, 1996).

Em alguns casos, a terapia conjugal ou a familiar pode deter abuso leve a moderado antes que ele aumente (Gelles e Maynard, 1987; Holtzworth-Munroe e Stuart, 1994; Wlaker, 1999). Evidências sugerem que os homens que são presos por violência familiar tendem menos a repetir o abuso, e as comunidades estão cada vez mais adotando essa abordagem (Bouza, 1990; Sherman e Berk, 1984; Sherman e Cohn, 1989; Walker, 1999). Às vezes, contudo, especialmente quando o agressor possui tendências anti-sociais, o encarceramento só piora o abuso posteriormente (Walker, 1999).

Nos Estados Unidos, a Lei de Violência Contra a Mulher, adotada em 1994, garante um cumprimento mais rigoroso das leis, fundos para abrigos, um serviço telefônico nacional de auxílio para vítimas de violência doméstica e educação de juizes e de outros magistrados, bem como de jovens, sobre a violência doméstica. O Canadá têm programas semelhantes para ajudar mulheres espancadas. Iniciativas de proteção a mulheres e eliminação de violência baseada em gênero também estão ocorrendo em diversos países europeus e latino-americanos. Na Inglaterra e no Brasil, a polícia está sendo treinada para compreender a violência baseada em gênero e a ajudar as mulheres a se sentirem à vontade para denunciá-la (Walker, 1999).

A longo prazo, a melhor esperança para eliminar o abuso de parceiros é "mudar os padrões de socialização dos homens de modo que o poder sobre as mulheres não seja mais uma parte necessária da definição do que significa ser homem" e "renegociar o equilíbrio de poder entre mulheres e homens em todos os níveis da sociedade" (Walker, 1999, p. 25-26).

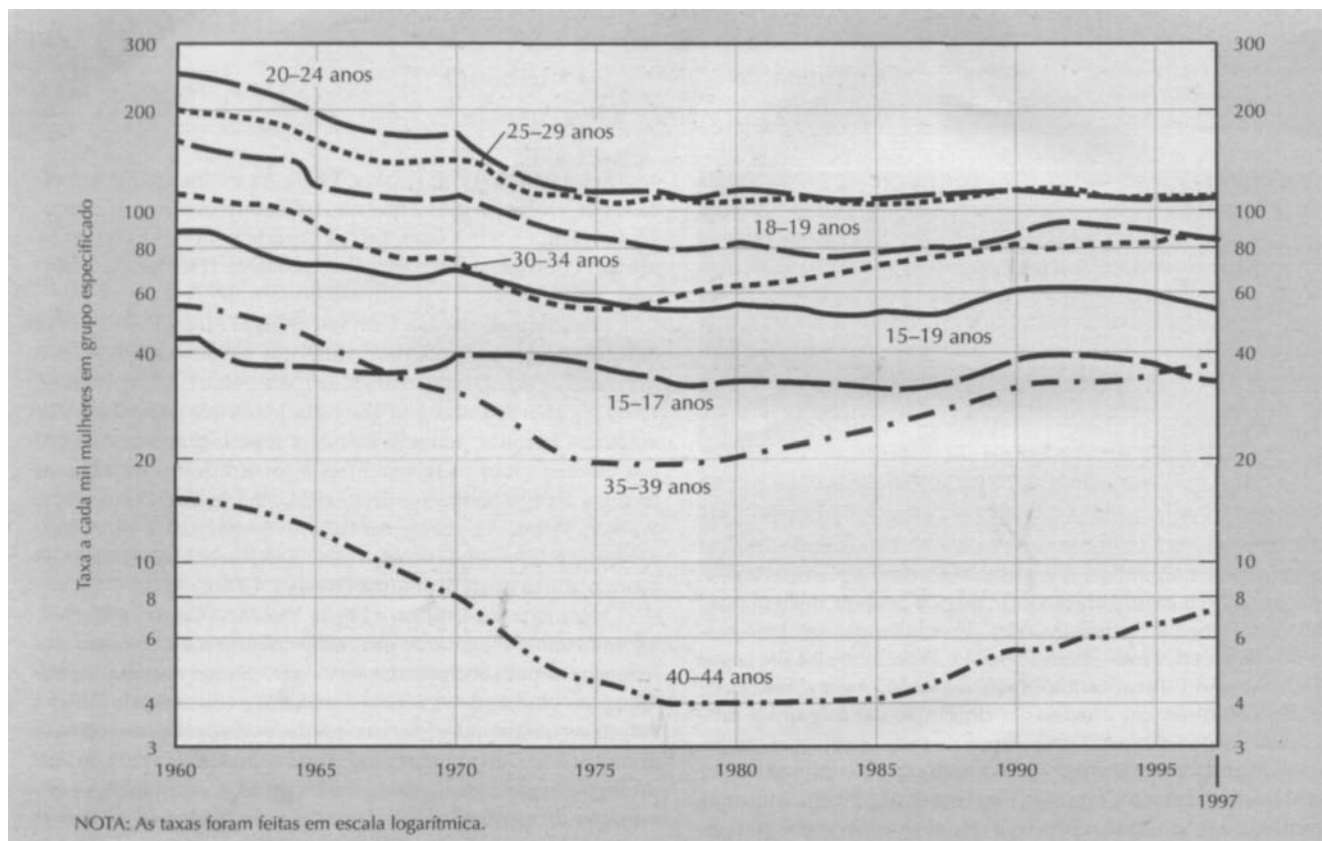
homens que se tornaram pais antes dos 35 anos (Heath, 1994). Por outro lado, a longo prazo, pais mais velhos têm mais chances de se tornar um peso quando os filhos chegam à meia-idade, (ver Capítulos 16 e 18).

Paternidade e Maternidade como Experiência de Desenvolvimento

O primeiro bebê marca uma transição importante na vida dos pais. Essa nova pessoa totalmente dependente muda as pessoas e muda os relacionamentos. Com o desenvolvimento das crianças, os pais também se desenvolvem.

Os casais de hoje tendem a ter menos filhos do que nas gerações anteriores e a tê-los mais tarde na vida. Os bebês podem beneficiar-se com a facilidade que os pais mais velhos têm para criar os filhos e com sua disposição em investir mais tempo nisso.



**Figura 14-4**

Taxas de natalidade segundo idade da mãe, 1960 a 1997.

(Fonte: Ventura et al., 1999, Figura 2.)

Atitudes dos Homens e das Mulheres em Relação à Paternidade/Maternidade

Tanto os homens como as mulheres costumam ter sentimentos confusos sobre ter filhos. Juntamente com a empolgação, podem sentir ansiedade em relação à responsabilidade de cuidar de um filho e ao comprometimento de tempo e de energia que isso envolve. Entre os casais que não têm filhos, os maridos consideram tê-los mais importante e são mais propensos a desejá-los do que as esposas (Seccombe, 1991), mas depois que os filhos nascem, os pais gostam menos de cuidar deles do que as mães. Embora os pais costumem acreditar que devem envolver-se na vida dos filhos, a maioria deles se envolve muito menos do que as mães (Backett, 1987; Bailey, 1994; Boulton, 1983; LaRossa, 1988).

Ao que parece, os pais pensam que estão contribuindo mais do que realmente estão. Essa descoberta provém de um estudo com pais de crianças de 4 anos de 10 países europeus, asiáticos e africanos e dos Estados Unidos. Internacionalmente, os pais passam em média menos de uma hora por dia cuidando exclusivamente dos filhos durante a semana de trabalho; e, quando os homens de fato supervisionam seus filhos, geralmente é com a mãe. Os pais norte-americanos passam menos de uma hora por dia cuidando dos filhos, enquanto as mães norte-americanas passam uma média de quase 11 horas cuidando de pré-escolares durante os dias da semana - mais do que as mães de qualquer dos outros 10 países (Olmsted e Weikart, 1994).

Como os Filhos Afetam a Satisfação Conjugal

A satisfação conjugal costuma diminuir durante o período de criação dos filhos (ver Capítulo 16). Em um estudo longitudinal de 10 anos com casais predominantemente brancos que se casaram ao final de seus 20 anos, tanto os maridos como as esposas

relataram um acentuado declínio na satisfação durante os primeiros quatro anos, seguido por um período de estabilidade e depois outro declínio. Os cônjuges que tinham filhos, especialmente os que tiveram filhos pouco tempo depois de se casarem e os que tiveram muitos filhos, apresentavam um declínio mais acentuado. Embora tenha havido uma elevada taxa de desgaste - 429 dos 522 casais originais divorciaram-se ou separaram-se no decorrer do estudo ou não o concluíram - a suposta maior insatisfação dos casais que por fim saíram do estudo não afetou seriamente os achados enquanto estavam participando. O padrão de declínio manteve-se, embora com menos intensidade, mesmo quando esse fator era controlado (Kurdek, 1999).

Evidentemente, essa padrão estatístico é uma média; não se aplica necessariamente a todos os casais. Um grupo de pesquisa acompanhou 128 casais de classe média e trabalhadora no final de seus 20 anos desde a primeira gravidez até o terceiro aniversário da criança. Alguns casamentos fortaleceram-se, enquanto outros se deterioraram, principalmente aos olhos das esposas. Muitos cônjuges amavam-se menos, tornaram-se mais ambivalentes em relação a seu relacionamento, discutiam mais e comunicavam-se menos. Nesses casamentos, os parceiros tendiam a ser mais jovens e menos instruídos, a ter menos renda e a estar casados há menos tempo. Um ou ambos os cônjuges tendiam a ter baixa auto-estima, e os maridos tendiam a ser menos sensíveis. As mães que mais sofriam eram as de bebês que tinham temperamentos difíceis. Surpreendentemente, os casais que eram mais românticos antes dos filhos nascerem tinham mais problemas depois, talvez devido a suas expectativas irrealistas. Além disso, as mulheres que haviam planejado a gravidez eram mais infelizes, possivelmente porque esperavam que a vida com um bebê fosse melhor do que provou ser (Belsky e Rovine, 1990).

Se um casal divide as tarefas domésticas de modo mais ou menos equitativo antes de se tornarem pais, e, então, depois do nascimento, a carga transfere-se para a esposa, a felicidade conjugal tende a diminuir, especialmente para esposas pouco tradicionais (Belsky, Lang e Huston, 1986). Entre jovens israelitas que eram pais pela primeira vez, aqueles que se viam como carinhosos, zelosos e protetores experimentavam menor declínio na satisfação conjugal do que outros pais e sentiam-se melhor em relação à paternidade. Os homens que se envolviam menos com seus bebês e cujas esposas eram mais envolvidas tendiam a ser mais insatisfeitos. As mães que se tornaram mais insatisfeitas com seus casamentos eram as que se identificavam como desorganizadas e incapazes de lidar com as demandas da maternidade (Levy-Shiff, 1994).

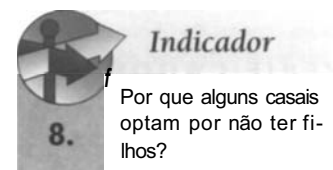
Não ter Filhos por Opção

"Quando vocês vão ter um filho?". Essa pergunta é menos comum nos dias de hoje, pois as atitudes da sociedade distanciaram-se da crença de que todos os casais casados que *podem* ter filhos *devem* tê-los.

Alguns casais decidem antes do casamento que nunca terão filhos. Outros ficam adiando a concepção, esperando pela "época certa", até decidirem que a época certa nunca virá. Alguns desses casais querem concentrar-se na carreira ou em causas sociais. Alguns se sentem mais à vontade com adultos ou acham que não seriam bons pais. Alguns querem preservar a intimidade da lua-de-mel. Alguns apreciam um estilo de vida adulto, com liberdade para viajar ou tomar decisões irrefletidamente. Algumas mulheres receiam que a gravidez as tornará menos atraentes e que os filhos mudarão seu relacionamento com seu marido (Callan, 1986).

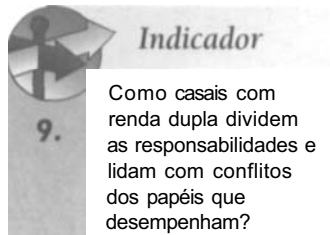
Em um estudo, 36 esposas que optaram por não ter filhos e 42 mulheres solteiras que tinham a intenção de não ter filhos preencheram questionários sobre o impacto que achavam que um primeiro filho teria em sua vida. Suas respostas foram comparadas com as de mães casadas e solteiras que queriam filhos. Todos os grupos tinham percepções semelhantes sobre as vantagens e as desvantagens psicológicas de ter um filho, mas as mulheres que não desejavam ter filhos, tanto casadas como solteiras, deram mais peso às desvantagens (Callan, 1986).

Algumas pessoas podem ser desencorajadas pelo ônus financeiro de sustentar um filho e pela dificuldade de conciliar a paternidade/maternidade com o emprego. As despesas totais estimadas para sustentar uma criança nascida em 1998 em uma família de renda média com ambos os pais e dois filhos por 17 anos somam 156.690 dólares - e isso não inclui o custo de acampamentos de férias ou economias para educação superior (Lino, 1999). Melhor assistência infantil e outros serviços de apoio podem ajudar os casais a tomar decisões verdadeiramente voluntárias.



Pense sobre isso . . .

- Se você não tem filhos, deseja ou pretende tê-los? Justifique sua resposta.



Como Vivem os Casais de Renda Dupla

Em quase todas as sociedades conhecidas, as mulheres - mesmo que trabalhem em tempo integral - têm maior responsabilidade pelos afazeres domésticos e pela criação dos filhos (Gardiner et al., 1998). Contudo, o modo como os casais dividem o sustento da família e o trabalho doméstico e os efeitos psicológicos dessas decisões variam.

Benefícios e Inconvenientes do Estilo de Vida com Renda Dupla

Nos Estados Unidos, quase dois terços das famílias constituídas por um casal com filhos com menos de 18 anos são famílias com renda dupla (Bureau of Labor Statistics, 1999a). Os casamentos em que tanto o marido como a esposa têm emprego remunerado apresentam tanto oportunidades como desafios. No aspecto positivo, uma segunda renda tira algumas famílias da pobreza para a condição de renda média e torna outros opulentos. Torna as mulheres mais independentes e garante-lhes uma maior parcela do poder econômico, reduzindo a pressão sobre os homens de serem os provedores; 47% das esposas que trabalham contribuem com metade ou mais da renda familiar (Louis Harris e Associates, 1995). Benefícios menos tangíveis podem incluir um relacionamento mais igualitário entre marido e esposa, melhor saúde para ambos, maior auto-estima para a mulher e um relacionamento mais próximo entre o pai e seus filhos.

No aspecto negativo, casais que trabalham enfrentam demanda extra de tempo e de energia, conflitos entre família e trabalho, possível rivalidade entre cônjuges e ansiedade e culpa em relação ao atendimento das necessidades dos filhos. A família é mais exigente, especialmente para mulheres que trabalham em tempo integral, quando existem crianças pequenas (Milkie e Peltola, 1999; Warren e Johnson, 1995). As carreiras são particularmente exigentes quando o profissional está estabelecendo-se ou sendo promovido. Ambos os tipos de demandas costumam ocorrer nos primeiros anos da idade adulta.

Homens e mulheres que trabalham parecem igualmente afetados pelo estresse físico e psicológico, seja porque o trabalho prejudica a vida familiar, seja o inverso disso (Frone, Russell e Barnes, 1996), e eles tendem a se sentir igualmente bem-sucedidos na manutenção de um equilíbrio satisfatório (Milkie e Peltola, 1999). Entretanto, homens e mulheres podem ser pressionados por aspectos diferentes da situação trabalho-família. Entre 314 cônjuges com renda e com nível de instrução relativamente altos, os maridos tendiam mais a sofrer de sobrecarga (talvez porque não tenham sido socializados para lidar tanto com responsabilidades domésticas como profissionais). As mulheres eram mais propensas a sentir a tensão de expectativas de papel conflitantes - a necessidade de ser agressiva e competitiva no trabalho, mas compassiva e zelosa em casa (Paden e Buehler, 1995).

Divisão do Trabalho Doméstico e Efeitos Sobre o Casamento

A divisão do trabalho entre casais de renda dupla tende a ser diferente daquela de famílias com renda única. O pai tende a se ocupar mais com os afazeres domésticos e com o cuidado das crianças do que o marido de uma dona de casa em tempo integral (Almeida, Maggs e Galambos, 1993; Demo, 1991; Parke e Buriel, 1998), além de monitorar mais as atividades dos filhos mais velhos, principalmente no verão, quando as escolas estão em férias (Crouter, Helms-Erikson, Updegraff e McHale, em fase de elaboração; Crouter e McHale, 1993).

Entretanto, o ônus do estilo de vida de renda dupla geralmente recai mais pesadamente sobre a mulher. Em 1997, os homens casados empregados passavam quase uma hora mais nos afazeres domésticos e meia hora mais com os filhos nos dias de semana do que em 1977; mesmo assim, os maridos ainda faziam apenas dois terços do trabalho doméstico e do cuidado das crianças realizado pelas mulheres casadas empregadas (Bond e Galinsky, 1998).

Os efeitos de um estilo de vida com renda dupla sobre o casamento pode depender sobretudo de como o marido e a esposa vêem seus papéis. Papéis desiguais não são necessariamente identificados como injustos, e pode ser a *percepção* de injustiça que contribui mais para a instabilidade conjugal. Uma pesquisa longitudinal nos Estados Unidos com 3.284 mulheres em famílias de renda dupla constatou quanto mais horas a mulher trabalhava, maior a probabilidade de divórcio - *se* ela tivesse uma visão pouco tradicional dos papéis conjugais. Considerando-se que os homens geralmente fazem menos trabalho doméstico do que as mulheres, uma mulher empregada que acredita em uma divisão igualitária do trabalho tende a achar injusta a maior carga que ela carrega em comparação com seu marido; e essa percepção de injustiça provavelmente será ampliada quanto mais horas ela dedicar ao emprego (Greenstein, 1995).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever tendências no tamanho das famílias e na idade de ter filhos?
- ✓ Comparar as atitudes de homens e de mulheres perante a paternidade/maternidade e as responsabilidades parentais?
- ✓ Discutir como a paternidade/maternidade afeta a satisfação conjugal?
- ✓ Expor os motivos pelos quais alguns casais optam por não ter filhos?
- ✓ Identificar fontes de estresse em famílias de renda dupla e de discutir como a divisão de trabalho pode afetar a estabilidade do casamento?

O que os cônjuges percebem como justo pode depender do tamanho da contribuição financeira da esposa, (se ela vê a si como uma co-provedora ou apenas como um suplemento à renda do marido) e do significado e da importância que ela e seu marido dão ao trabalho dela. Qualquer que seja a real divisão de trabalho, os casais que concordam em sua avaliação dele e que desfrutam uma vida familiar harmoniosa, carinhosa e envolvida são mais satisfeitos do que os que não o fazem (Gilbert, 1994).

Políticas favoráveis à família no local de trabalho podem ajudar a aliviar as tensões experimentadas por famílias de renda dupla. Pais em um ambiente de trabalho favorável e flexível com benefícios orientados à família tendem a sentir menos estresse (Warren e Johnson, 1995). Esses benefícios podem incluir mais empregos de turno parcial, com horários flexíveis e compartilhados; mais trabalho a ser realizado em casa (sem perda de benefícios adicionais); mais assistência infantil de alta qualidade e acessível; e créditos tributários ou outras formas de auxílio que permitam aos novos pais adiar o retorno ao trabalho. Uma mudança estimulante é a Lei de Licença Familiar e Médica de 1993*, que exige que empresas com 50 ou mais funcionários ofereçam 12 semanas de licença não-remunerada pelo nascimento ou pela adoção de uma criança - embora isso ainda esteja muito aquém de, por exemplo, a licença remunerada de seis meses oferecida a novos pais na Suécia.

Quando o Casamento Acaba

Uma peça de teatro popular na década de 1950 foi *The Seven Year Itch*, de George Axelrod. O título ainda reflete a realidade: um casamento mediano nos estados Unidos dura sete anos (Amato e Booth, 1997). A alta taxa de divórcio mostra como é difícil alcançar as metas pelas quais as pessoas se casam, mas a alta taxa de segundo casamento demonstra que as pessoas continuam tentando, como fez Ingrid Bergman. O divórcio, na maioria das vezes, leva a um segundo casamento com um novo parceiro e à formação de uma **família mista**, a qual inclui os filhos biológicos ou adotados de um ou de ambos os cônjuges antes do atual casamento.

Divórcio

Os Estados Unidos tem uma das taxas de divórcio mais altas do mundo: em 1998, segundo dados provisórios, cerca de quatro divórcios anuais a cada mil pessoas (National Center for Health Statistics [NCHS], 1999b). O número de divórcios - mais do que 1,1 milhão por ano - triplicou desde 1960 (Amato e Booth, 1997; NCHS, 1999b). A taxa de divórcio atingiu o máximo em 1979 e agora se estabilizou (Singh, Mathews, Clarke, Yannicos e Smith, 1995). O divórcio também aumentou subitamente em muitos outros países desenvolvidos (ver Figura 14-5).

Por Que o Divórcio Aumentou?

O aumento no divórcio acompanhou a aprovação de leis de divórcio mais liberais, as quais eliminam a necessidade de encontrar um cônjuge em falta. Essas leis foram uma resposta a desenvolvimentos sociais que estimularam uma maior demanda por divórcio (Nakonezny, Shull e Rodgers, 1995). Uma mulher que é financeiramente independente é menos propensa a permanecer em um mau casamento; atualmente as mulheres são mais propensas do que os homens a pedir o divórcio (Braver e O'Connell, 1998; Crane, Soderquist e Gardner, 1995). Em vez de ficarem juntos "pelo bem das crianças", muitos cônjuges concluem que expor as crianças a constantes conflitos conjugais causa mais danos - embora a pesquisa sugira que isso nem sempre é verdade (ver Quadro 10-1 no Capítulo 10). E, para um número crescente de casais sem filhos, é mais fácil retornar à condição de solteiro (Berscheid e Campbell, 1981; Eisenberg, 1995). Talvez mais importante, enquanto a maioria das pessoas hoje deseja que seus casamentos durem, um número menor *presumem* que eles vão durar. Na verdade, o divórcio tornou-se tão previsível, que alguns sociólogos referem-se a "casamentos iniciadores" - primeiros casamentos sem filhos, dos quais uma pessoa parte como de uma primeira casa (Amato e Booth, 1997).

Pense sobre isso...

- Que conselho você daria a um casal de renda dupla sobre como lidar com as responsabilidades familiares?



Indicador

10.

Por que as taxas de divórcio aumentaram? Como os adultos adaptam-se ao divórcio, ao novo casamento e ao papel de padrastos e de madrastas?

família mista

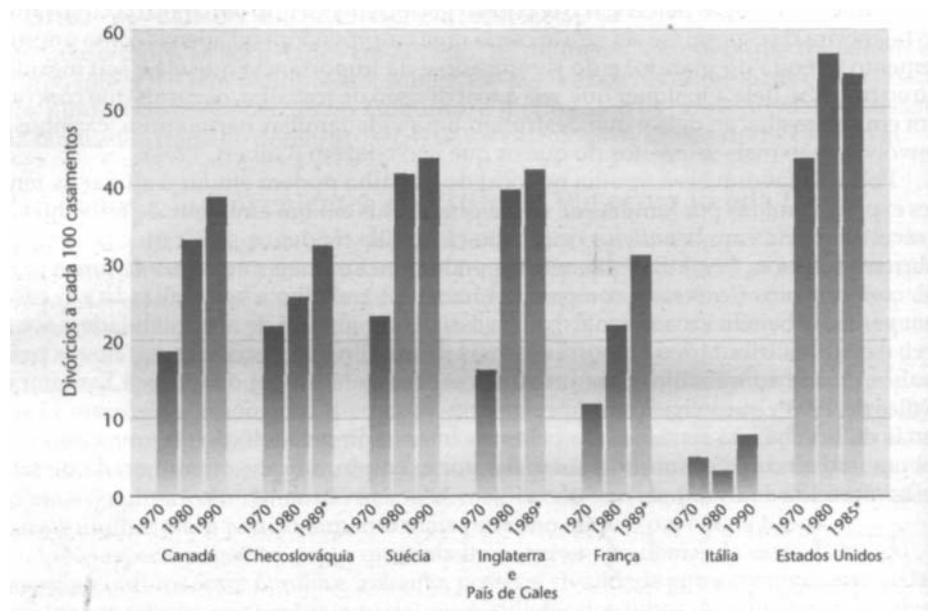
Família que consiste de um casal casado, sendo pelo menos um deles em segundo casamento, incluindo os filhos biológicos ou adotados de um ou de ambos os cônjuges antes do casamento atual.

* N. de R. T.: No Brasil, a licença maternidade é de 120 dias e a licença paternidade é de 5 dias.

Figura 14-5

Taxas de divórcio antes e depois da aprovação de leis mais tolerantes nos Estados Unidos e muitos países europeus. O divórcio aumentou desde 1970 em muitas sociedades industriais, mas as taxas permanecem relativamente baixas na Itália, onde a oposição religiosa impediu a liberalização do divórcio.

(Fonte: Burns, 1991)



* Último ano em que um número comparável foi calculado.

Pense sobre isso...

- Você acha que ficou muito fácil obter o divórcio?

Por outro lado, em alguns aspectos, os jovens de hoje podem esperar *demais* do casamento. Jovens que vivem longe de suas famílias de origem podem esperar que seus cônjuges assumam o lugar de pais e amigos, além de serem confidentes e amantes - uma incumbência insuportavelmente difícil. Conflitos entre as expectativas de homens e de mulheres podem produzir tensão.

Adaptando-se ao Divórcio

O divórcio não é um evento isolado. Ele é um *processo* com princípio e fim indefinidos - "uma seqüência de experiências potencialmente estressantes que se iniciam antes da separação física e continuam depois dela" (Morrison e Cherlin, 1995, p. 801). Terminar um casamento, mesmo que infeliz, pode ser extremamente doloroso, especialmente quando existem filhos. (Questões relativas à adaptação das crianças ao divórcio são discutidas no Capítulo 10.)

Para os ex-cônjuges, o divórcio pode trazer sentimentos de fracasso, de culpa, de hostilidade e de auto-recriminação, bem como altas taxas de doença e de morte (Kitson e Morgan, 1990). Depressão e desorganização do pensamento e do funcionamento são comuns após o divórcio, assim como alívio e esperança de um novo começo (Kelly, 1982; Kitson e Roach, 1989; Thabes, 1997).

A adaptação depende em parte de como os ex-cônjuges sentem-se em relação a si e em relação um ao outro e de como lidam com o divórcio. A pessoa que toma o primeiro passo para terminar um casamento costuma sentir um misto de alívio, de tristeza, de culpa, de apreensão e de raiva. No entanto, o cônjuge que tomou a iniciativa de se divorciar costuma estar em melhor condição emocional nos primeiros meses após a separação do que o outro parceiro, que tem o sofrimento adicional da rejeição, da perda de controle e dos sentimentos de impotência (Kelly, 1982; Pettit e Bloom, 1984). Entre 272 mulheres divorciadas entrevistadas uma média de 14 anos após o divórcio, cerca de metade haviam iniciado o rompimento, mas aproximadamente 80% de toda a amostra disseram que haviam levado três anos ou mais para se sentirem à vontade com a desvinculação. Mulheres mais velhas, mulheres sem filhos pequenos, aquelas que não sofreram abuso durante o casamento, as com rendas mais altas e as que tiveram boa representação jurídica durante o divórcio tendiam a se adaptar melhor (Thabes, 1997).

Um fator importante na adaptação é o desligamento emocional do ex-cônjuge. Pessoas que discutem com seus ex-parceiros ou que não encontraram um novo amor ou um novo cônjuge sofrem mais. Uma vida social ativa, tanto na época do divórcio como depois, ajuda (Thabes, 1997; Tschann, Johnston e Wallerstein, 1989).

Entre 290 pais divorciados, em sua maioria brancos e com bom nível de instrução, os que tiveram melhor adaptação tinham mais recursos pessoais antes da separação: melhor condição socioeconômica para os homens e melhor funcionamento psicológico para as mulheres. Aqueles cuja renda diminuiu menos se adaptavam melhor (Tschann et al., 1989). Divorciados em circunstâncias menos favoráveis tendem a ter mais dificuldades: um padrão de vida inferior, mais horas de trabalho e constantes contendas com um ex-cônjuge que pode não cumprir suas obrigações de apoio às crianças (Kitson e Morgan, 1990). Segundo estimativas governamentais, apenas 52% das mães e 43% dos pais que detêm a custódia da criança recebem pagamentos integrais para sustento das crianças; cerca de um quarto das mulheres (24%) e mais de um terço (37%) dos homens com adjudicações de apoio não recebe qualquer pagamento (U. S. Bureau of the Census, 1996a). Quanto menor a renda de um homem, menor sua chance de comparecer com apoio financeiro (Meyer e Bartfeld, 1996). Entretanto, o problema do "pai caloteiro" pode ter sido exagerado pela confiança oficial nos relatos das mães (Braver e O'Connell, 1998; ver Capítulo 10).

O Segundo Casamento e Ser Padrasto ou Madrasta

O Segundo Casamento, disse o ensaísta Samuel Johnson, "é o triunfo da esperança sobre a experiência". A elevada taxa de divórcio não é um sinal de que as pessoas não querem estar casadas. Ela, muitas vezes, reflete, isto sim, o desejo de *ser feliz* no casamento e a crença de que o divórcio é como uma cirurgia - dolorosa e traumática, mas necessária para uma vida melhor. Em uma pesquisa com 272 mulheres divorciadas, descrita na seção anterior, embora mais de 50% tenham dito que não sentiam saudades do casamento, mais de 90% disseram que cogitariam casar-se novamente caso encontrassem a pessoa certa (Thabes, 1997).

Estima-se que três quartos das mulheres divorciadas nos Estados Unidos se casam novamente, e os homens são ainda mais propensos a se casar outra vez do que as mulheres. Assim, em 1998, apenas aproximadamente 10% dos adultos estavam então divorciados (U. S. Bureau of the Census, 1998). Uma mulher é mais inclinada a buscar outro casamento se seu primeiro casamento foi breve, se ela era jovem quando ele terminou, se não tiver filhos, se for branca não-hispânica, se tiver concluído o ensino médio ou se viver no oeste. O segundo casamento tende a ser menos estável do que o primeiro casamento (Parke e Buriel, 1998).

Casar-se outra vez, muitas vezes, traz uma transição para a condição de padrasto ou de madrasta. Tornar-se padrasto/madrasta apresenta problemas e preocupações especiais, e isso pode ser aplicado especialmente às madrastas (ver Capítulo 10). Entrevistas com 138 madrastas e padrastritos casados que também possuíam filhos biológicos em casa constataram que as mulheres tinham mais problemas do que os homens na criação de enteados comparada com a criação de filhos biológicos. Isso pode dever-se ao fato de que as mulheres geralmente passam mais tempo com os filhos do que os homens. Não parece importar se os filhos biológicos são de um casamento anterior ou do atual. Quanto mais recente o atual casamento e quanto mais velhos os enteados, mais difícil parece ser a criação por madrastas e por padrastritos (MacDonald e DeMaris, 1996).

Quando padrastritos e madrastas classificam seus casamento e seus relacionamentos com seus filhos, parecem menos capazes de separar seus sentimentos sobre o casamento de seus sentimentos sobre seu êxito como padrastritos e como madrastas do que são capazes em relação a seus relacionamentos com seus filhos biológicos (Fine e Kurdek, 1995). A conexão entre satisfação com a condição de padrasto/madrasta e com o casamento pode estar relacionada com o fato de que ambos começam ao mesmo tempo e estão inextricavelmente ligados. Quando surgem problemas na criação dos enteados, o padrasto ou a madrasta tende a atribuir a culpa ao genitor (por exemplo, por ficar ao lado da criança em uma discussão). O genitor, cujo relacionamento com a criança é mais seguro, é menos propenso a culpar o padrasto ou a madrasta por problemas envolvendo a criança.

Ainda que ser padrasto ou madrasta possa representar um desafio, um estudo constatou que as famílias mistas não são mais propensas do que famílias intactas a experimentar conflitos conjugais (MacDonald e DeMaris, 1995). Os achados diferem quanto a se um novo bebê aumenta ou diminui a tensão em uma família mista. Alguns pesquisadores sugerem que o impacto do nascimento pode depender do quanto a família reconstituída avançou para se tornar uma verdadeira unidade familiar.

A família "mista" consiste de um casal e de três grupos de crianças: um adolescente do primeiro casamento do marido, dois filhos do primeiro casamento da esposa e um bebê do atual casamento. A vida é mais complexa nessas famílias e apresenta problemas especiais para madrastas e para padrastos, mas a maioria das crianças em famílias mistas adaptam-se e prosperam.



Para pessoas marcadas pela perda, a família mista pode oferecer uma atmosfera carinhosa e acolhedora, como ocorre em qualquer família que cuide de todos os seus integrantes. Estratégias bem-sucedidas, baseadas em pesquisa, para constituir uma família mista incluem (Visher e Visher, 1983; 1989, 1991):

- *Manter expectativas realistas:* Padrastos e madrastas não podem esquecer que uma família mista é diferente de uma família biológica. As crianças podem expressar no comportamento sentimentos de perda e de insegurança. É preciso tempo para que novos relacionamentos carinhosos desenvolvam-se.
- *Reconhecer conflitos de lealdade:* Uma criança que rejeita um padrasto ou uma madrasta carinhosa e afetuosa pode estar sofrendo um conflito de lealdade. Tal conflito pode ser reduzido mantendo-se um relacionamento cortês com o genitor ausente. As crianças adaptam-se melhor quando têm laços íntimos com ambos os pais, não são usadas como armas por pais zangados para ferir um ao outro e não precisam ouvir o genitor ou padrasto ou madrasta insultar o outro.
- *Desenvolver novos costumes e novos relacionamentos com a segunda família:* Famílias mistas precisam construir novas tradições e desenvolver novos modos de fazer as coisas. Precisam identificar o que é positivo em relação a suas diferenças e como tirar o máximo de recursos e de experiências diversas. As crianças precisam de tempo sozinhas com o genitor, tempo sozinhas com o padrasto ou com a madrasta e tempo com ambos os pais. O casal também precisa de tempo sozinho.
- *Buscar apoio social:* Compartilhar sentimentos, frustrações e triunfos com outros padrastos, madrastas e enteados pode ajudar toda a família a ver sua própria situação de maneira mais realista e beneficiar-se com as experiências dos outros.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar por que o divórcio aumentou?
- ✓ Discutir os fatores de adaptação ao divórcio?
- ✓ Resumir as descobertas sobre a prevalência e o sucesso do segundo casamento após divórcio?
- ✓ Identificar desafios especiais de ser padrasto ou madrasta, além de recomendações para lidar com eles?

Os laços forjados no início da idade adulta com os amigos, com os amantes, com os cônjuges e com os filhos costumam perdurar por toda a vida e influenciar o desenvolvimento na meia-idade e na velhice. As mudanças que as pessoas experimentam em seus anos mais maduros também afetam seus relacionamentos, como veremos nas Partes Sete e Oito.

Resumo

Desenvolvimento Psicossocial: Quatro Abordagens

Indicador 1. A personalidade muda durante a idade adulta e, em caso afirmativo, como?

- Se e como a personalidade muda durante a idade adulta é uma questão importante entre teóricos do desenvolvimento. Quatro perspectivas importantes sobre a personalidade adulta são oferecidas pelos **modelos de traços**, **modelos tipológicos**, **modelos de crises normativas** e pelo **modelo de momento de ocorrência dos eventos**.
- O **modelo de cinco fatores** de Costa e McRae organiza-se em torno de cinco agrupamentos de traços relacionados: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, escrupulosidade e nível de socialização. Estudos constataram que as pessoas mudam muito pouco nesses aspectos após os 30 anos.
- A pesquisa tipológica, cujo pioneiro foi Jack Block, identificou tipos de personalidade que diferem quanto à **resiliência do ego** e ao **controle do ego**. Esses tipos parecem persistir da infância até a idade adulta.
- Os modelos de crises normativas sustentam que mudanças sociais e emocionais ligadas à idade ocorrem em períodos sucessivos marcados por crises. Na Teoria de Erikson, a crise do jovem adulto é a de **intimidade versus isolamento**. Na teoria de Levinson, transições ou crises levam à reavaliação e à modificação da **estrutura de vida**. No Estudo Grant, **mecanismos adaptativos** estavam associados a maior bem-estar.
- O modelo de momento de ocorrência dos eventos, defendido por Neugarten, propõe que o desenvolvimento psicossocial adulto é influenciado pela ocorrência e pelo momento de ocorrência de **eventos de vida normativos**. À medida que a sociedade dá menos atenção à idade, contudo, esse **relógio social** adquire menos significado.
- Recentemente foram empreendidas tentativas de sintetizar as diversas abordagens de desenvolvimento psicossocial adulto.

Alicerces dos Relacionamentos Íntimos

Indicador 2. O que é intimidade e como ela se expressa na amizade, na sexualidade e no amor?

- A auto-revelação e um senso de afiliação são aspectos importantes da intimidade. Relacionamentos íntimos estão associados à saúde física e mental.
- A maioria dos jovens adultos possui amigos, mas tem tempo cada vez mais limitado para passar com eles. As amigas das mulheres tendem a ser mais íntimas do que as dos homens.
- Segundo a **teoria triangular do amor**, de Sternberg, o amor tem três aspectos: intimidade, paixão e comprometimento. Eles se combinam formando oito tipos de relacionamentos amorosos.
- As pessoas tendem a escolher parceiros que sejam semelhantes a si mesmas. Segundo a psicologia evolucionista, homens e mulheres escolhem parceiros propensos a ajudar a perpetuar seu legado genético.
- Embora as atitudes em relação ao sexo antes do casamento tenham se liberalizado bastante, a desaprovação da homossexualidade e do sexo extraconjugal continuam fortes.

Estilos de Vida Conjugais e Não-Conjugais

Indicador 3. Por que algumas pessoas permanecem solteiras?

- Hoje, mais adultos adiam o casamento ou nunca se casam. Os motivos para permanecer solteiro incluem oportunidades profissionais, viagens, liberdade sexual e de estilo de vida, desejo de auto-realização, a maior auto-suficiência das mulheres, menor pressão social para casar, medo de divórcio e dificuldade para encontrar um parceiro adequado.

Indicador 4. Como os homossexuais lidam com "assumir" sua condição e qual é a natureza dos relacionamentos homossexuais?

- Para os homossexuais, o processo de **assumir a homossexualidade** pode estender-se até a idade adulta, e a completa abertura em relação a sua orientação sexual pode nunca ser plenamente alcançada. Tanto homossexuais masculinos como femininos foram relacionamentos sexuais e românticos duradouros. Os homossexuais nos Estados Unidos estão lutando pelos direitos que as pessoas casadas usufruem.

Indicador 5. Quais são os prós e os contras da coabitação?

- A **coabitação** tornou-se comum e é a norma em muitos países. A coabitação pode ser um "casamento experimental" ou um modo de ter um relacionamento íntimo para casais ainda não preparados para o casamento. Os casais que coabitam antes do casamento tendem a ter casamentos mais débeis.

Indicador 6. O que os adultos ganham com o casamento? Que padrões culturais cercam o ingresso no casamento? Por que alguns casamentos são bem-sucedidos enquanto outros fracassam?

- O casamento (sob uma diversidade de formas) é universal e atende necessidades econômicas, emocionais, sexuais, sociais e de criação de filhos básicas.
- A seleção de parceiros e a idade de casamento variam entre as culturas. As pessoas de países industrializados estão casando mais tarde do que nas gerações anteriores.
- A frequência de relações sexuais no casamento diminui com a idade e com a perda da novidade. Menos pessoas parecem estar tendo relações sexuais fora do casamento do que no passado.
- O êxito no casamento pode depender da força do comprometimento e dos padrões de interação estabelecidos no início da idade adulta. A idade no casamento é um importante indicador de se o casamento irá durar. Resiliência no enfrentamento de dificuldades econômicas, compatibilidade, apoio emocional e as diferentes expectativas de homens e de mulheres podem ser fatores importantes.

Vida Familiar

Indicador 7. Quando a maioria dos adultos têm filhos? Como isso afeta um casamento?

- Os padrões familiares variam entre as culturas e mudaram bastante nas sociedades ocidentais. Hoje as mulheres, especialmente as que têm bom nível de instrução, estão tendo menos filhos e os tendo mais tarde na vida.

- Os homens tendem a querer filhos mais do que as mulheres, mas os pais geralmente se envolvem menos na criação dos filhos do que as mães.
- A satisfação com o casamento tipicamente diminui durante os anos de criação dos filhos. Expectativas e compartilhamento de tarefas podem contribuir para a deterioração ou para a melhoria de um casamento.

Indicador 8. Por que alguns casais optam por não ter filhos?

- Um número crescente de casais se mantem sem filhos por opção. Entre os motivos, encontram-se o desejo de se concentrar na profissão ou no estilo de vida adulto ou de preservar maior intimidade conjugal, sentimentos de inadequação para a paternidade ou para a maternidade e indisposição em assumir seus ônus financeiros.

Indicador 9. Como casais com renda dupla dividem as responsabilidades e lidam com conflitos dos papéis que desempenham?

- Tanto as mulheres quanto os homens são afetados pelos estresse de um estilo de vida de renda dupla, mas eles podem ser afetados de modos distintos.
- Na maioria dos casos, o ônus de um estilo de vida de renda dupla recai mais pesadamente sobre a mulher. Se uma divisão desigual de trabalho contribui para perturbações conjugais pode depender de como os cônjuges entendem seus papéis.

- Políticas favoráveis à família no local de trabalho podem ajudar a diminuir o estresse em famílias de renda dupla.

Quando o Casamento Acaba

Indicador 10. Por que as taxas de divórcio aumentaram? Como os adultos adaptam-se ao divórcio ao novo casamento e ao papel de padrastos e de madrastas?

- Os Estados Unidos possuem uma das mais altas taxas de divórcio do mundo. Entre os motivos para o aumento do divórcio estão a maior independência financeira das mulheres, a relutância em expor os filhos a conflito conjugal e a maior expectativa de divórcio.
- O divórcio geralmente envolve um período doloroso de adaptação. A adaptação pode depender do modo como se lida com o divórcio, dos sentimentos das pessoas em relação a si e a seus ex-parceiros, da desvinculação emocional do ex-cônjuge, do apoio social e dos recursos pessoais.
- A maioria das pessoas divorciadas casa-se novamente, mas esses casamentos tendem a ser menos estáveis do que os primeiros.
- Em **famílias mistas**, as madrastas, que geralmente se envolvem mais na criação dos enteados do que os padrastos, tendem a ter mais dificuldade para desempenhar esse papel.

Palavras-Chave

modelos de traço (553)
modelos tipológicos (553)
modelos de crises normativas (553)
modelo de momento de ocorrência de eventos (553)
modelo de cinco fatores (553)

resiliência do ego (555)
controle do ego (555)
intimidade *versus* isolamento (556)
mecanismos de adaptação (557)
estrutura de vida (557)
eventos de vida normativos (559)

relógio social (559)
teoria triangular do amor (564)
assumir a homossexualidade (566)
coabitação (568)
família mista (577)

Parte Sete

Idade Adulta



Quando se inicia a meia-idade? É na festa de aniversário quando você vê o bolo com 40 velas acesas? É no dia em que seu "bebê" sai de casa e, então, você tem tempo para pôr em prática aquelas atividades que adiou por tanto tempo? É no dia em que você percebe que os oficiais de polícia parecem estar ficando mais jovens?

Quando a meia-idade termina? É em sua festa de aposentadoria? No dia em que recebe o cartão da Medicare? É na primeira vez em que alguém mais jovem levanta-se para lhe ceder lugar no ônibus?

A idade adulta tem muitos indicadores, e eles não são iguais para todos. Os anos intermediários são os anos centrais do ciclo de vida adulto, mas seu conteúdo varia bastante. Aos 40, algumas pessoas tornam-se pais pela primeira vez, enquanto outras se tornam avós. Aos 50, algumas pessoas estão iniciando novas carreiras, enquanto outras estão aposentando-se.

Como em anos anteriores, todos os aspectos do desenvolvimento estão inter-relacionados. Nos Capítulos 15 e 16, assinalamos, por exemplo, o impacto psicológico da menopausa (e desfazemos alguns mitos sobre ela!) e vemos como pensadores maduros combinam lógica e emoção.

Conexões a Procurar

- Algumas habilidades físicas melhoram com a idade devido à prática, à experiência e ao julgamento.
- Os sintomas físicos associados à menopausa parecem ser afetados pelas atitudes em relação ao envelhecimento.
- Experiências estressantes costumam acarretar doenças.
- O pensamento pós-formal é especialmente útil com relação a problemas sociais.
- Características de personalidade desempenham um papel importante no desempenho criativo.
- Modificações nas personalidades de homens e de mulheres na meia-idade têm sido atribuídas tanto a mudanças hormonais como a mudanças culturais nos papéis de gênero.
- A responsabilidade por pais idosos pode afetar a saúde física e mental.

Idade Adulta: *Uma prévia*



Capítulo 15

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Idade Adulta

Uma certa deterioração das habilidades sensórias, da saúde, do vigor e da destreza pode ocorrer.

As mulheres chegam à menopausa.

A maioria das habilidades mentais atinge o máximo; o conhecimento especializado e as habilidades de resolução de problemas são elevados.

A produção criativa pode diminuir, mas melhorar de qualidade.

Para alguns, o êxito na profissão e o poder de compra atingem o máximo; para outros, pode ocorrer colapso ou mudança de profissão.



Capítulo 16

Desenvolvimento Psicossocial na Idade Adulta

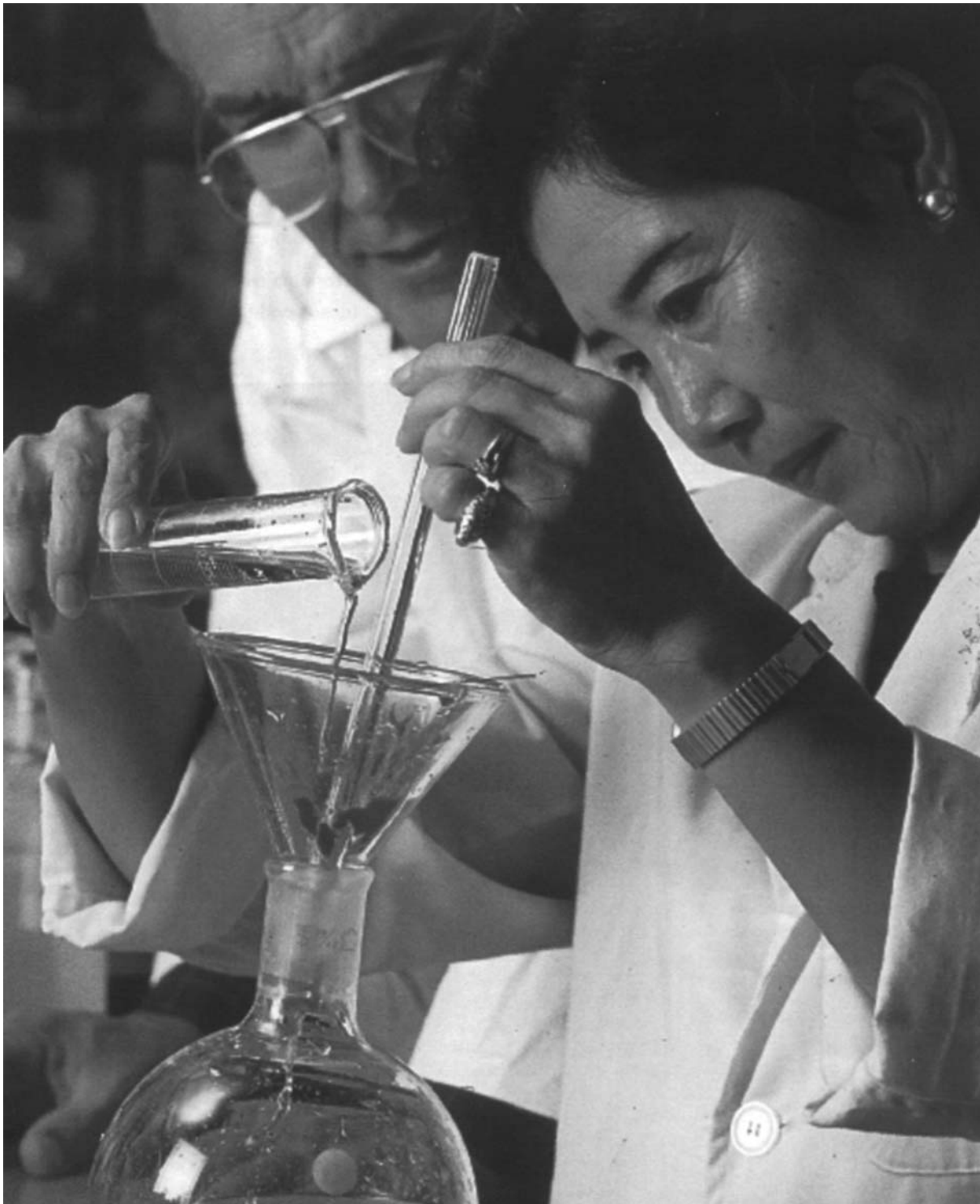
O senso de identidade continua desenvolvendo-se; pode ocorrer uma transição de meia-idade.

A dupla responsabilidade de cuidar das crianças e dos pais idosos pode causar estresse.

A independência dos filhos deixa o ninho vazio.

Capítulo 15

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Idade Adulta



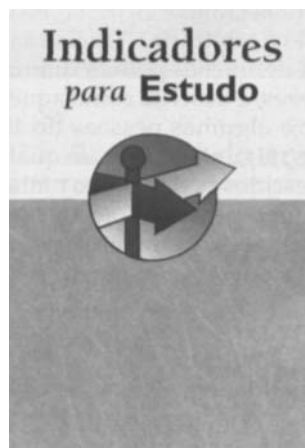
A

influência de Gandhi foi produto de uma integração perfeita entre corpo, mente e espírito. Por vivenciar seus ideais, conseguiu resolver problemas reais e quase insolúveis que afetavam milhões de pessoas. Em seus esforços para neutralizar conflitos e inspirar cooperação, demonstrou sabedoria alicerçada em visão moral.

Poucos entre nós atingem o nível de inteligência e criatividade ou alcançam os patamares morais e espirituais que Gandhi alcançou, e poucos de nós possuem trajetórias tão influentes. Mas o interesse e a preocupação pelos outros, inclusive pelas gerações futuras, são importantes para qualquer pessoa, assim como é o trabalho ao qual decidimos dedicar nossas vidas. Como no caso de Gandhi, essas características tendem a se intensificar ou serem desfrutadas na meia-idade.

Nesse capítulo, examinaremos as mudanças físicas comuns na idade adulta. Discutiremos como problemas de saúde podem ser agravados pela pobreza, pela discriminação racial e por outras tensões. Consideraremos como a inteligência muda, como os processos de pensamento amadurecem, o que embasa o desempenho criativo e a liderança moral (como a de Gandhi) e como se desenvolve a trajetória de cada um.

Depois de ler e de estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. Quais são as características distintivas da meia-idade?
2. Que mudanças físicas geralmente ocorrem durante os anos intermediários e que impacto psicológico elas têm?
3. Que fatores afetam a saúde na meia-idade?
4. Que ganhos e perdas cognitivas ocorrem durante a meia-idade?
5. Adultos maduros não pensam da mesma maneira que pessoas mais jovens?
6. O que explica a capacidade criativa e como ela muda com a idade?
7. Como os padrões de trabalho mudaram e como o trabalho contribui para o desenvolvimento cognitivo?
8. Qual é o valor da educação para aprendizes maduros?

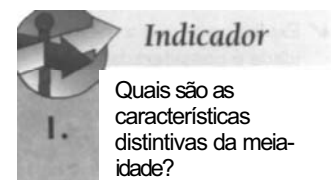
Idade Adulta: Um Constructo Cultural

Até pouco tempo, a meia-idade era o período menos estudado do ciclo de vida. Com exceção da idéia, hoje em grande descrédito, da "crise da meia-idade" (ver Capítulo 16), os anos intermediários eram considerados um hiato relativamente monótono entre as mudanças mais dramáticas do início da idade adulta e a velhice. Agora que a geração nascida no pós-guerra está na meia-idade, a pesquisa sobre esse período está se intensificando (Lachman e James, 1997; Moen e Wethington, 1999). Nos Estados Unidos, entre 1990 e 2015, a população de 45 a 64 anos deve aumentar em 72%, de 47 para 80 milhões. Essa é a coorte com melhor nível de instrução e mais afluente a atingir a meia-idade em qualquer lugar, e está mudando nossa perspectiva sobre a importância e sobre o significado dessa época da vida (Willis e Reid, 1999).

O conceito de meia-idade é relativamente novo; o termo passou a ser utilizado na Europa e nos Estados Unidos na virada do século XX. Hoje as pessoas nas sociedades industriais estão vivendo muito mais do que em épocas anteriores (ver Figura 17-2 no Capítulo 17), bem além dos anos de criação ativa dos filhos, e a meia-idade tornou-se uma etapa distinta da vida com suas próprias normas, oportunidades, com seus próprios papéis e desafios. Assim, alguns estudiosos descrevem a "meia-idade" como um conceito socialmente construído, com significado culturalmente atribuído (Gullette, 1998; Moen e Wethington, 1999). Na verdade, algumas sociedades tradicionais, como os Gusii no Quênia, não reconhecem qualquer estágio intermediário da idade adulta (ver Quadro 16-1 no Capítulo 16).

Ironicamente, à medida que avanços médicos e nutricionais tornaram possível uma segunda metade de vida sem precedente nas sociedades mais desenvolvidas, a ansiedade sobre perdas físicas e perdas de outro tipo tornou-se um tema importante nas descrições populares da meia-idade. Em uma cultura orientada aos jovens, as expectativas dos adultos para esses anos podem ser mais influenciadas por imagens na literatura e nos meios de comunicação do que pelo que está acontecendo em seus próprios corpos e mentes (Gullette, 1998). Uma perspectiva do desenvolvimento no ciclo de vida (ver Capítulo 1) apresenta um quadro mais equilibrado e mais complexo. A meia-idade pode ser uma época não basicamente de declínio, mas de crescimento pessoal (Lock, 1998; Moen e Wethington, 1999).

A medida que a vida continua a se alongar e a se diversificar, é cada vez mais difícil generalizar sobre os anos intermediários (Lachman e James, 1997). É inclusive difícil dizer quando começam e quando terminam. Com os aperfeiçoamentos na saúde e na duração da vida, os limites superiores da meia-idade estão subindo (Stewart e Ostrove, 1998). Em um estudo, jovens adultos em seus 20 anos definiram a meia-idade como indo dos 30 aos 55 anos, mas adultos mais velhos de 60 e 70 anos consideravam que os anos intermediários iniciavam-se nos 40 e estendiam-se aos 70 anos (Lachman, Lewkowitz, Marcus e Peng, 1994).



Pense sobre isso...

- Quando você diria que a meia-idade começa e termina?
- Pense nas pessoas que você conhece que dizem estar na meia-idade. Que idade elas têm? Elas parecem ter boa saúde? Qual é o grau de envolvimento delas com o trabalho ou com outras atividades?

VERIFICADOR**Você é capaz de...**

- ✓ Explicar por que a meia-idade é considerada um constructo cultural e por que até pouco tempo ela era relativamente pouco estudada?
- ✓ Diferenciar entre os significados cronológico, contextual e biológico da meia-idade?
- ✓ Identificar fatores que contribuem para diferenças individuais de adaptação na idade adulta?

No presente volume, definimos *idade adulta*, em termos cronológicos, como o período entre as idades de 40 e 65 anos, mas essa definição é arbitrária. A meia-idade também pode ser definida contextualmente, e as duas definições podem diferir. Um contexto é a família: uma pessoa de meia-idade, às vezes, é descrita como aquela que possui filhos crescidos e/ou pais idosos. Mas hoje algumas pessoas de 40 anos ou mais velhas ainda estão criando filhos pequenos; alguns adultos de qualquer idade não possuem filhos. Aqueles que têm filhos crescidos podem ver o ninho se esvaziar - ou voltar a se encher. A idade também tem um aspecto biológico: uma mulher de 50 anos que se exercita regularmente tende a ser biologicamente mais jovem do que uma de 35 anos cujo exercício mais vigoroso é apertar o botão do controle remoto.

O significado da meia-idade varia com a saúde, com o gênero, com a etnicidade, com a condição socioeconômica, com a coorte e com a cultura (Helson, 1997; Moen e Wethington, 1999). A maioria das pessoas de meia-idade nos Estados Unidos hoje está em boa forma física, cognitiva e emocional - em maior grau do que em qualquer geração anterior - e sente-se bem com a qualidade de sua vida (ver Figura 15-1). Mas privações e desvantagens anteriores podem limitar as oportunidades e as opções na meia-idade (Moen e Wethington, 1999). Os anos intermediários são marcados por diferenças individuais cada vez maiores, baseadas nas escolhas e nas experiências prévias, bem como na constituição genética (Lachman e James, 1997). Algumas pessoas de meia-idade podem participar de uma maratona; outras ficam sem fôlego ao subir uma escada mais íngreme. Algumas têm uma memória mais aguda do que nunca; outras sentem sua memória começar a falhar. Alguns, como Gandhi, estão no auge da criatividade ou da carreira; outros começaram mais devagar ou chegaram a situações-limite. Outros, ainda, tiram o pó de sonhos há muito guardados ou perseguem novos objetivos.

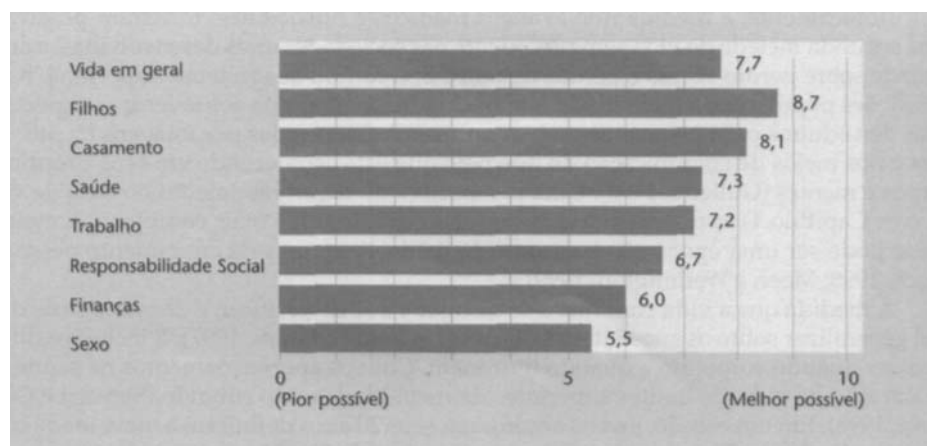
A meia-idade geralmente é um período movimentado, às vezes estressante. Ela costuma ser repleta de muitas responsabilidades e de múltiplos papéis - responsabilidades e papéis que a maioria dos adultos sente-se competente para enfrentar: administrar lares, departamentos ou empresas; lidar com a independência dos filhos; talvez cuidar de pais idosos ou iniciar novas carreiras (Gallagher, 1993; Lachman et al., 1994; Merrill e Verbrugge, 1999). Muitas pessoas de meia-idade experimentam uma sensação mais intensa de sucesso e de controle no trabalho e nos relacionamentos sociais, além de uma consciência mais realista de suas limitações e das forças externas que elas *não podem* controlar (Clark-Plaskie e Lachman, 1999).

A meia-idade é uma época de olhar tanto para frente como para trás, os anos já vividos e os anos que virão. Essa pode ser uma época para fazer um balanço, para reavaliar objetivos e aspirações - e o quanto elas foram realizadas - e decidir como melhor utilizar a parte restante do ciclo de vida (Lachman e James, 1997).

Figura 15-1

Como adultos de meia-idade avaliam aspectos de sua qualidade de vida.

(Fonte: Goode, 1999; dados de MacArthur Foundation Research Network on Successful Midlife Development.)



Desenvolvimento Físico

Mudanças Físicas

"Usar ou perder" é o lema de muitas pessoas de meia-idade que adotaram a caminhada, o tênis, a ginástica aeróbica e outras formas de atividade física. A pesquisa confirma a sabedoria desse credo. Algumas mudanças fisiológicas são resultados direto do envelhecimento biológico e da constituição genética, mas o acúmulo de fatores comportamentais e de estilo de vida, desde a infância, afetam a probabilidade, o momento de ocorrência e a extensão das mudanças físicas. Pelo mesmo raciocínio, a saúde e os hábitos de estilo de vida nos anos intermediários influenciam o que acontece nos anos posteriores (Merrill e Verbrugge, 1999). As pessoas que limitam sua exposição ao sol podem minimizar as rugas e evitar o câncer de pele; as pessoas que são fisicamente ativas podem preservar a força muscular - um forte prognosticador da condição física na terceira idade. Em um estudo longitudinal com 6.089 homens norte-americanos de origem japonesa de 45 a 68 anos, realizado em Oahu, Hawaii, a força de prensão da mão predizia quais deles eram propensos a ter limitações e deficiências funcionais 25 anos depois (Rantanen et al., 1999).

Quanto mais coisas as pessoas fazem, mais elas *podem* fazer. As pessoas que são ativas desde cedo na vida colhem os benefícios de mais vigor e mais resiliência após os 60 anos (Spirduso e MacRae, 1990). As pessoas que levam vidas sedentárias perdem tônus muscular e energia e tornam-se ainda menos inclinadas a se exercitarem fisicamente. Ainda assim, como compreendeu Gandhi, nunca é tarde demais para adotar um estilo de vida saudável. Pessoas de meia-idade que tinham hábitos prejudiciais à saúde na juventude podem melhorar seu bem-estar mudando seu comportamento (Merrill e Verbrugge, 1999).

A mente e o corpo possuem modos de compensar as mudanças que de fato ocorrem. A maioria das pessoas de meia-idade são suficientemente realistas para lidar com as alterações na aparência, no funcionamento sensorio, motor e sistêmico e nas capacidades reprodutivas e sexuais; algumas experimentam um renascimento sexual.

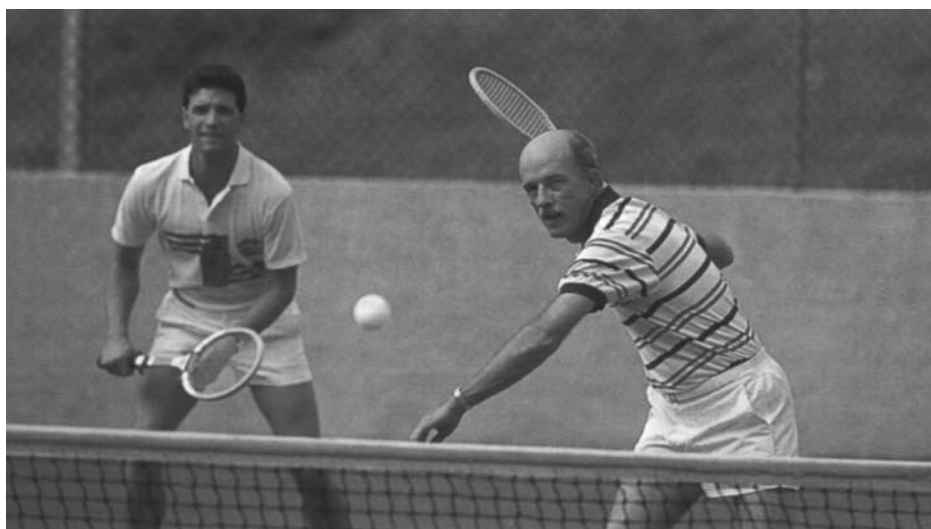
Funcionamento Sensorio e Psicomotor

Desde o início da idade adulta até os anos intermediários, as mudanças sensoriais e motoras são pequenas, graduais e quase imperceptíveis (Merrill e Verbrugge, 1999) - até que um dia um homem de 45 anos nota que não consegue consultar a lista telefônica



Indicador

Que mudanças físicas geralmente ocorrem durante os anos intermediários e que impacto psicológico elas têm?



Muitas pessoas de meia-idade acreditam que sua maior capacidade para utilizar estratégias em um esporte, como resultado de experiência e melhor julgamento, compensa as alterações na força, coordenação e tempo de reação que são comuns na meia-idade. Um programa regular de exercícios físicos, iniciado no começo da idade adulta, como, por exemplo, jogar tênis regularmente, pode ajudar a construir músculos e manter a força e resistência na meia-idade e na velhice.

sem os óculos, ou uma mulher de 60 anos precisa admitir que não consegue andar com a mesma rapidez que antes.

Problemas visuais ligados à idade ocorrem principalmente em cinco áreas: *visão de perto*, *visão dinâmica* (ler sinais em movimento), *sensibilidade à luz*, *busca visual* (por exemplo, localizar um sinal) e *velocidade de processamento* de informações visuais (Kline et al., 1992; Kline e Scialfa, 1996; Kosnik, Winslow, Kline, Rasinski e Sekuler, 1988). Também é comum uma ligeira perda na *acuidade visual* ou nitidez da visão. Devido à mudanças na pupila do olho, pessoas de meia-idade podem precisar de aproximadamente um terço a mais de luminosidade para compensar a perda de luz que chega à retina (Belbin, 1967; Troll, 1985).

Uma vez que o cristalino torna-se progressivamente menos flexível, sua capacidade de mudar de foco diminui; essa mudança costuma tornar-se perceptível no início da meia-idade e praticamente está concluída até os 60 anos (Kline e Scialfa, 1996). Muitas pessoas de 40 anos e mais velhas precisam de óculos para leitura devido à **presbiopia**, uma diminuição na capacidade de focalizar objetos próximos - condição associada ao envelhecimento. (O prefixo *presbi* significa "com a idade".) A incidência de **miopia** também aumenta durante a meia-idade (Merrill e Verbrugge, 1999). Bifocais e trifocais - óculos em que lentes para leitura combinam-se com lentes para visão a distância - ajustam o olho a se ajustar entre objetos próximos e distantes.

Uma perda auditiva gradual, raramente percebida mais cedo na vida, acelera-se aos 50 anos (Merrill e Verbrugge, 1999). Essa condição, a **presbiacusia**, normalmente se limita a sons de intensidade mais alta do que aqueles utilizados na fala (Kline e Scialfa, 1996). Ao final da meia-idade, um quarto das pessoas tem perda auditiva significativa (Horvath e Davis, 1990). Em alguns homens, uma diminuição da sensibilidade para sons de alta frequência pode ser detectada já aos 30 anos; a perda auditiva nos homens ocorre duas vezes mais rápido do que nas mulheres, mesmo entre pessoas que não trabalham em lugares barulhentos (Pearson et al., 1995). Hoje um aumento evitável da perda auditiva está ocorrendo entre pessoas de 45 a 64 anos devido à exposição contínua ou repentina a ruído no trabalho, em espetáculos com música alta, no uso de fones de ouvido e em outras partes (Wallhagen, Strawbridge, Cohen e Kaplan, 1997). Perdas auditivas devido a ruído ambiental podem ser evitadas utilizando-se protetores auditivos, entre outros como tampões de ouvido ou orelheiras especiais.

A sensibilidade gustativa e olfativa costuma começar a diminuir na meia-idade (Cain, Reid e Stevens, 1990; Stevens, Cain, Demarque e Ruthruff, 1991), principalmente em pessoas que tomam medicação ou fazem tratamento médico (Ship e Weiffenbach, 1993). A medida que as papilas gustativas tornam-se menos sensíveis e o número de células olfatórias diminui, os alimentos podem parecer mais insípidos (Merrill e Verbrugge, 1999; Troll, 1985). As mulheres tendem a preservar esses sentidos por mais tempo do que os homens. Adultos começam a perder a sensibilidade ao tato após os 45 e à dor após os 50 anos. Entretanto, a função protetora da dor permanece: embora as pessoas sintam menos dor, elas se tornam menos capazes de tolerá-la (Katchadourian, 1987).

A força e a coordenação diminuem gradualmente depois de seu auge aos 20 anos. Uma certa perda muscular geralmente é perceptível aos 45 anos; de 10 a 15% da força máxima pode ter sido perdida aos 60. A maioria das pessoas percebe um enfraquecimento primeiro nos músculos das costas e das pernas e depois nos braços e nos ombros - nesses últimos, somente bem depois dos 60 anos. O motivo para essa perda de força é uma perda de massa muscular, que é substituída por gordura. Na meia-idade, a gordura corporal, que compunha apenas 10% do peso corporal durante a adolescência, tipicamente alcança pelo menos 20% (Katchadourian, 1987; Merrill e Verbrugge, 1999; Spence, 1989). Contudo, exercício e boa nutrição podem aumentar a massa e a densidade muscular (Katchadourian, 1987; Nelson et al., 1994).

A resistência costuma manter-se muito melhor do que a força (Spiriduso e MacRae, 1990). A perda de resistência resulta de uma diminuição gradual na taxa de **metabolismo basal** (uso de energia para manter funções vitais) após os 40 anos (Merrill e Verbrugge, 1999). Habilidades "superpraticadas" são mais resistentes aos efeitos da idade do que aquelas que são menos utilizadas; assim, atletas demonstram uma perda de resistência menor do que a mediana (Stones e Kozma, 1996).

O tempo de reação simples, que envolve uma única resposta a um único estímulo (como apertar um botão quando uma luz se acende) diminui em cerca de 20%, em média, entre 20 e 60 anos (Birren, Woods e Willimas, 1980), dependendo da quantidade e do

presbiopia

Hipermetropia associada ao envelhecimento, que ocorre quando o cristalino perde elasticidade.

miopia

Dificuldade para visualizar objetos distantes com nitidez.

presbiacusia

Perda gradual da audição, que se acelera após os 55 anos, principalmente em relação a sons de frequência mais alta.

metabolismo basal

Utilização de energia para manter funções vitais.

tipo de informação a ser processada e do tipo de resposta necessária. Quando é preciso dar uma resposta vocal em vez de manual, as diferenças etárias no tempo de reação simples são consideravelmente menores (Johnson e Rybash, 1993).

Tarefas que envolvem uma escolha de respostas (como pressionar um botão quando uma luz pisca e outro quando se ouve um sinal) e habilidades motoras complexas envolvendo muitos estímulos, muitas respostas e muitas decisões (como ao dirigir um carro) diminuem mais, mas o declínio não resulta necessariamente em pior desempenho. Tipicamente, adultos de meia-idade são melhores condutores do que indivíduos mais jovens (McFarland, Tune e Welford, 1964); digitadores de 60 anos são tão eficientes quanto digitadores de 20 anos (Spiruso e MacRae, 1990), ao que parece porque prevêm as teclas a serem pressionadas (Salthouse, 1984).

Nessa e em outras atividades, o conhecimento baseado na experiência pode mais do que compensar as mudanças físicas. Operários industriais qualificados de 40 ou 50 anos costumam ser mais produtivos do que nunca, em parte porque tendem a ser mais conscienciosos e cuidadosos. Operários de meia-idade são menos propensos do que operários mais jovens a sofrer acidentes de trabalho graves (Salthouse e Maurer, 1996) - provável resultado de experiência e de bom juízo, os quais compensam qualquer enfraquecimento da coordenação e das habilidades motoras.

Mudanças Estruturais e Sistêmicas

Algumas mudanças estruturais e sistêmicas podem tornar-se perceptíveis durante os anos intermediários. Na quinta e sexta década, a pele pode tornar-se menos tesa e lisa, pois os tecidos imediatamente abaixo da superfície perdem gordura e colágeno. Os cabelos podem tornar-se mais ralos, (devido a uma menor taxa de substituição), e mais grisalhos, pois a produção de melanina, o agente pigmentador, diminui. As pessoas transpiram menos à medida que o número de glândulas sudoríparas diminui. Tendem a adquirir peso, devido ao acúmulo de gordura corporal, e perdem altura devido à contração dos discos intervertebrais (Merrill e Verbrugge, 1999).

A densidade óssea geralmente alcança o máximo dos 35 aos 40 anos. A partir de então, as pessoas costumam sofrer certa perda líquida de osso, pois mais cálcio é absorvido do que reposto, fazendo com que os ossos tornem-se mais finos e mais quebradiços. A perda óssea acelera-se aos 50 anos; ela ocorre duas vezes mais rápido nas mulheres do que nos homens, às vezes levando à osteoporose (discutida posteriormente neste capítulo) (Merrill e Verbrugge, 1999). As articulações podem tornar-se mais rijas, principalmente ao despertar pela manhã, pois os tendões e os ligamentos tornam-se menos eficientes (Katchadourian, 1987; Merrill e Verbrugge, 1999; Spence, 1989).

Grandes proporções de adultos de meia-idade e até mais velhos apresentam pouco ou nenhum declínio no funcionamento dos órgãos (Gallagher, 1993). Em alguns, contudo, o coração começa a bombear mais lenta e irregularmente em meados dos 50 anos; aos 65, ele pode perder até 40% de sua força aeróbica. As paredes das artérias podem se tornar mais grossas e mais rígidas. Doenças cardíacas tornam-se mais comuns ao final dos 40 e início dos 50 anos, especialmente nos homens. **A capacidade vital** - o volume máximo de ar que o pulmão é capaz de absorver e expelir - pode começar a diminuir em torno dos 40 anos e ser 40% menor aos 70 anos. A regulação da temperatura e a resposta imune podem começar a enfraquecer, e o sono pode ser menos profundo (Merrill e Verbrugge, 1999).

Sexualidade e Funcionamento Reprodutivo

A sexualidade não é apenas uma marca característica da juventude. Embora ambos os sexos sofram perdas na capacidade reprodutiva em algum ponto da idade adulta - as mulheres tornam-se incapazes de ter filhos e a fertilidade dos homens começa a diminuir - o prazer sexual pode continuar durante toda a vida adulta. (As mudanças nos aparelhos reprodutivos masculino e feminino são resumidas na Tabela 15-1.)

Mesmo assim, muitas pessoas de meia-idade possuem preocupações relacionadas com a sexualidade e com o funcionamento reprodutivo. Vamos examiná-las.

A Menopausa e Seus Significados

A **menopausa** ocorre quando uma mulher pára definitivamente de ovular e de menstruar e quando não é mais capaz de conceber um filho; geralmente se considera que ocorra um

capacidade vital

Volume de ar que pode ser aspirado e expelido respirando-se profundamente; pode ser um indicador do envelhecimento.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir as mudanças no funcionamento sensorio e motor e na estrutura e nos sistemas corporais que podem iniciar-se durante a meia-idade?

menopausa

Cessaçao da menstruaçao e da capacidade de procriar, tipicamente em torno dos 50 anos.

Tabela 15-1 Mudanças nos Aparelhos Reprodutivos Humanos Durante a Meia-Idade

	Feminino	Masculino
Mudança hormonal	Diminuição de estrogênio e de progesterona	Diminuição da testosterona
Sintomas	Calorões, secura vaginal e disfunção urinária	Indeterminados
Mudanças sexuais	Excitação menos intensa, orgasmos menos freqüentes e mais rápidos	Perda de excitação psicológica, ereções menos freqüentes, organismos mais lentos, recuperação mais lenta entre ejaculações, maior risco de disfunção erétil
Capacidade Reprodutiva	Término	Continua; pode ocorrer certo decréscimo na fertilidade

ano após o último ciclo menstrual. Em 80% das mulheres, isso ocorre entre 45 e 55 anos; em média, aproximadamente aos 51 anos (Avis, 1999; Merrill e Verbrugge, 1999). Algumas mulheres, contudo, sofrem mudanças menstruais aos 30; outras, somente depois dos 60 anos.

O período de vários anos durante o qual uma mulher sofre mudanças fisiológicas que ocasionam a menopausa é denominado **perimenopausa** também é conhecido como *climatério* ou "mudança de vida". A partir dos 30 anos, a produção de óvulos em uma mulher começa a diminuir imperceptivelmente. Depois, quando ela se aproxima de seu 50º aniversário, os ovários produzem menos estrogênio, o hormônio feminino. (Pequenas quantidades de estrogênio continuam sendo segregadas, mesmo depois da menopausa, pelas supra-renais e por outras glândulas.) A menstruação torna-se irregular, com menos fluxo do que antes e com um período mais longo entre os ciclos menstruais. Em mulheres que fazem histerectomia, a menopausa chega abruptamente, sem preparação.

Atitudes frente à Menopausa Em certa época, no interior da Irlanda, as mulheres que paravam de menstruar recolhiam-se a seus aposentos e ali permaneciam, muitas vezes por anos, até morrerem (U.S. Office of Technology Assessment, 1992). Esse costume tradicional pode parecer extremo, mas a atitude que expressa - que a utilidade de uma mulher chega ao fim com sua capacidade de reprodução - era típica nas sociedades ocidentais até muito recentemente (Avis, 1999; Crowley, 1994). Durante o início do século XIX, o termo *climatério* passou a significar o "período da vida... em que as forças vitais começam a diminuir" (Lock, 1998, p. 48). A menopausa era vista como uma doença, como a incapacidade dos ovários de desempenharem sua função natural (Lock, 1998). Um psicanalista do século XX chamou a perda da capacidade reprodutiva de morte psicológica (Deutsch, 1945).

Em contraste, em algumas culturas, como a dos indígenas Papago do sudoeste dos Estados Unidos, a menopausa parece ser praticamente ignorada. Em outras culturas, como as que se encontram na Índia e no sul da Ásia, ela é bem acolhida; o *status* e a liberdade de movimento das mulheres aumenta depois que se libertam dos tabus ligados à menstruação e à fertilidade (Avis, 1999; Lock, 1994).

Nos Estados Unidos de hoje, a maioria das mulheres que passaram pela menopausa a vêem de maneira positiva - mais positiva do que mulheres mais jovens (Avis, 1999). Para muitas mulheres, a menopausa é um sinal de transição para a segunda metade da vida adulta - uma época de mudanças de papéis, de maior independência e crescimento pessoal.

O modo de ver a menopausa pode depender do valor que a mulher atribui a ser jovem e atraente, de suas atitudes em relação aos papéis das mulheres e de suas circunstâncias pessoais. Uma mulher sem filhos pode ver a menopausa como a finalização da possibilidade da maternidade; uma mulher que teve filhos e criou-os pode encará-la como uma oportunidade para maior liberdade e prazer sexual (Avis, 1999).

perimenopausa

Período de diversos anos durante o qual uma mulher experimenta mudanças fisiológicas que provocam a menopausa; também chamada de *climatério*.

Sintomas e Mitos A maioria das mulheres sentem pouco ou nenhum desconforto físico durante o período em torno da menopausa (NIA, 1993). Muito comuns são os "calorões" (sensações repentinas de calor que perpassam o corpo devido à expansão e à contração dos vasos sanguíneos), mas muitas mulheres jamais os sentem, enquanto outras os sofrem continuamente (Avis, 1999). A administração de estrogênio artificial, discutida posteriormente neste capítulo, pode aliviar os calorões.

Sintomas físicos que afetam uma pequena minoria de mulheres incluem secura, ardor e prurido vaginal; infecções vaginais e urinárias; disfunção urinária causada pela contração dos tecidos. Algumas mulheres demoram mais para se excitarem sexualmente do que antes, e algumas sentem dor durante as relações sexuais devido ao adelgaçamento dos tecidos vaginais e da lubrificação insuficiente. Pequenas doses do hormônio masculino testosterona podem resolver o primeiro problema, e a utilização de lubrificantes à base de água pode ajudar a prevenir ou aliviar o segundo. Quanto mais sexualmente ativa é uma mulher, menor sua tendência a sofrer essas mudanças (Katchadourian, 1987; King, 1996; Spence, 1989; Williams, 1995). Outros problemas físicos às vezes descritos por mulheres na menopausa incluem dores articulares ou musculares, dores de cabeça, insônia, fadiga, tontura, ganho de peso e constipação, mas esses sintomas parecem relacionar-se apenas indiretamente com a menopausa, quando muito (Avis, 1999; te Velde e van Leusden, 1994).

Problemas psicológicos, como irritabilidade, nervosismo, ansiedade, depressão, perda de memória e até insanidade foram atribuídos ao climatério, mas a pesquisa indica não haver motivo para atribuir perturbações mentais a essa mudança biológica normal. O mito de que a menopausa produz depressão pode ser oriundo do fato de que as mulheres nessa época estão passando por mudanças nos papéis, nos relacionamentos e nas responsabilidades. Essas mudanças podem ser estressantes, e o modo como uma mulher interpreta-os pode afetar sua visão da menopausa. Além disso, em um estudo, a maioria das mulheres descreveram *menos* estresse depois da menopausa do que antes (Matthews, 1992). As mulheres que ficam deprimidas durante a menopausa tendem a ter sofrido de depressão anteriormente. Também tendem a pertencer ao subgrupo de mulheres que relatam calorões repentinos, suores noturnos ou problemas menstruais (Avis, 1999).

Consideradas em conjunto, as pesquisas sugerem que a "chamada síndrome da menopausa pode estar mais relacionada com características pessoais ou com experiências anteriores do que com a menopausa em si" (Avis, 1999, p. 129), bem como com a visão que a sociedade têm das mulheres e do envelhecimento (ver Quadro 15-1). Nas culturas em que as mulheres mais velhas adquirem poder social, religioso ou político depois da menopausa, poucos problemas estão associados a esse evento natural (Avis, 1999; Dan e Bernhard, 1989).

Mudanças na Sexualidade Masculina

Os homens não têm uma experiência comparável à menopausa (Sternbach, 1998). Não sofrem uma queda repentina na produção hormonal na meia-idade, como ocorre com as mulheres; em vez disso, os níveis de testosterona diminuem paulatinamente a partir dos anos de adolescência, somando de 30 a 40% de redução aos 70 anos (King, 1996).

O termo *climatério masculino*, às vezes, é utilizado para descrever um período de mudanças fisiológicas, emocionais e psicológicas envolvendo o aparelho reprodutivo masculino e outros sistemas corporais. Os sintomas supostamente associados ao climatério incluem depressão, ansiedade, irritabilidade, insônia, fadiga, fraqueza, diminuição do impulso sexual, falha erétil, perda de memória e redução na massa muscular e óssea e nos pêlos corporais (Henker, 1981; Sternbach, 1998; Weg, 1989), mas não há certeza de que essas queixas, muitas vezes vagamente definidas, estejam relacionadas com os níveis de testosterona. O ajustamento psicológico dos homens, como o das mulheres, pode ser oriundo de eventos como doença, preocupações com o trabalho, saída dos filhos de casa ou falecimento dos pais, assim como de atitudes culturais negativas em relação ao envelhecimento (King, 1996).

Os homens realmente sofrem algumas mudanças no funcionamento sexual. Embora um homem possa continuar a reproduzir até bem tarde na vida, a quantidade de espermatozoides começa a diminuir ao final dos 40 ou 50 anos, tornando-o menor a probabilidade de que ele seja pai (Merrill e Verbrugge, 1999). As ereções tendem a se tornar mais lentas e menos firmes, os orgasmos menos freqüentes, e as ejaculações me-



Janela para o Mundo

Quadro 15-1

A Experiência da Menopausa das Mulheres Japonesas

Muitas mulheres aceitam os calorões e os suores noturnos como acompanhamentos normais da menopausa. Entretanto, isso não parece ser verdade em todos os lugares.

Margaret Lock (1994) pesquisou 1.316 mulheres japonesas de 45 a 55 anos - operárias fabris, trabalhadores agrícolas e donas de casa - e comparou os resultados com informações de 9.376 mulheres em Massachusetts, nos Estados Unidos, e em Manitoba, no Canadá. A experiência de menopausa das mulheres japonesas mostrou-se bastante distinta da experiência de mulheres ocidentais.

Menos de 10% das mulheres japonesas cuja menstruação estava tornando-se irregular disseram ter tido calorões durante as duas semanas anteriores, comparado com apenas 40% da amostra canadense e 35% da amostra norte-americana. Na verdade, menos do que 20% das mulheres japonesas haviam *alguma vez* sentido os calorões, comparado com 65% das mulheres canadenses, e a maioria das mulheres japonesas que haviam experimentado calorões descreveram pouco ou nenhum desconforto físico ou psicológico. (Na verdade, tão pouca importância é dada no Japão ao que na culturas ocidentais se considera o principal sintoma de menopausa, que não existe uma palavra japonesa específica para isso, ainda que a língua japonesa faça muitas distinções sutis sobre os estados corporais.) Além disso, apenas 3% das mulheres japonesas disseram que tinham suores noturnos, e as mulheres japonesas eram muito menos propensas do que as mulheres ocidentais a sofrer de insônia, de depressão, de irritabilidade ou de falta de energia (Lock, 1994).

As mulheres japonesas eram mais propensas a relatar rigidez nos ombros, dores na cabeça e na região lombar, constipação e outras queixas que, aos olhos ocidentais, não parecem estar diretamente relacionadas com as mudanças hormonais da menopausa (Lock, 1994). Os médicos japoneses relacionam esses sintomas com o declínio do ciclo reprodutivo feminino, que, acreditam, está associado a mudanças no sistema nervoso autônomo (Lock, 1998).

Os sintomas que os médicos observaram eram muito semelhantes aos que as mulheres relataram. Calores não estavam no topo das listas dos médicos e em alguns casos sequer apareciam. Contudo, muito poucas mulheres japonesas consultam o médico em função da menopausa ou de seus sintomas, e poucos médicos prescrevem terapia hormonal (Lock, 1994).

No Japão, a menopausa é considerada como um evento normal na vida das mulheres, e não uma condição médica que necessite de tratamento. O término da menstruação tem muito menos significado do que para as mulheres ocidentais; a palavra mais próxima para isso, *kônenki*, refere-se não especificamente ao que os ocidentais chamam de menopausa, mas a um período consideravelmente mais longo comparável à perimenopausa (Lock, 1994, 1998).

A sociedade japonesa tradicional concentra-se em um estrito sistema de estágios que cada coorte experimenta simultaneamente, do nascimento ao casamento, à paternidade/maternidade e à morte. O envelhecimento é um processo social; mudanças biológicas individuais são incidentais. Até comemorações de aniversário são uma inovação recente! *Kônenki* é apenas um outro processo ligado ao envelhecimento (Lock, 1998).

O próprio envelhecimento é menos temido do que no ocidente. A passagem através da maior parte da idade adulta é uma questão de crescente responsabilidade e *status*. Somente na velhice tanto homens como mulheres podem fugir da rotina das obrigações e fazer o que quiserem. O envelhecimento traz não apenas respeito pela sabedoria, mas também uma nova liberdade - assim como a menopausa. Hoje, a cultura japonesa está tornando-se um pouco mais ocidentalizada, e existe uma tendência crescente de "tratar" *kônenki*; até agora, contudo, a visão tradicional prevalece (Lock, 1998).

Atitudes culturais, portanto, podem afetar como as mulheres interpretam suas sensações físicas, e essas interpretações podem estar ligadas a seus sentimentos em relação à menopausa. Constatou-se que os calorões são raros ou infrequentes entre mulheres maias, mulheres norte-africanas em Israel, mulheres navajo, e algumas mulheres indonésias (Beyene, 1986, 1989; Flint e Samil, 1990; Walfish, Antonovsky e Maoz, 1984; Wright, 1983). Por exemplo, mulheres maias, que estão sempre grávidas ou amamentando, tendem a considerar a reprodução como uma carga e a desejar que ela termine (Beyene, 1986, 1989).

Práticas nutricionais também podem influenciar a experiência da menopausa. Alguns vegetais, como a soja - componente básico das dietas do extremo oriente - contêm quantidades relativamente altas de compostos conhecidos como *fitoestrógenos*, os quais possuem um suave efeito semelhante ao do estrógeno. Uma dieta rica em alimentos preparados com esses vegetais, como tofu e farinha de soja, pode influenciar os níveis hormonais no sangue. Quando os níveis naturais de estrogênio diminuem durante o climatério, os fitoestrógenos pode atuar como estrógeno e inibir os sintomas da menopausa. Isso, então, pode ajudar a explicar por que mulheres japonesas de meia-idade não experimentam os acentuados efeitos de um declínio abrupto nos níveis estrogênicos, como ocorre em muitas mulheres ocidentais (Margo N. Woods, M. D., Department of Family Medicine and Community Health, Tufts University School of Medicine, comunicação pessoal, Novembro, 1996).

É interessante assinalar que as mulheres japonesas, que, como grupo, são as que mais vivem, possuem uma incidência muito menor de osteoporose do que mulheres norte-americanas brancas (a despeito de menor massa óssea média) e têm quatro vezes menos chances do que mulheres norte-americanas de morrer de doença cardíaca coronariana. Essas enfermidades, na América do Norte, tornam-se mais comuns após a menopausa; sua menor incidência antes da menopausa tem sido atribuída ao efeito protetor do estrogênio. Será que os fitoestrógenos poderiam imitar esse efeito em mulheres japonesas após a menopausa? Conclusões sobre a influência na saúde das mulheres durante e depois da menopausa precisam aguardar o término de estudos longitudinais controlados (Margo N. Woods, comunicação pessoal, Novembro, 1996). Enquanto isso, as descobertas sobre a experiência de menopausa das mulheres japonesas indicam que mesmo esse evento biológico universal possui importantes variações culturais, mais uma vez afirmando a importância da pesquisa transcultural.

nos vigorosas; aumenta o tempo para se recuperar e ejacular novamente (Bremner, Vitiello e Prinz, 1983; Katchadourian, 1987; King, 1996; Masters e Johnson, 1966). Contudo, a excitação sexual e a atividade sexual podem continuar sendo parte normal e vital da vida.

Estima-se que 39% dos homens de 40 anos e 67% dos homens de 70 anos podem sofrer de **disfunção erétil** (popularmente chamada de *impotência*): incapacidade persistente de alcançar ou manter o pênis ereto o suficiente para um desempenho sexual satisfatório (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane e McKinlay, 1994; Goldstein et al., 1998). Segundo o Estudo de Envelhecimento Masculino de Massachusetts, cerca de 5% dos homens de 40 anos e 15% dos homens de 70 anos são totalmente impotentes (Feldman et al., 1994). Diabetes, hipertensão, colesterol elevado, insuficiência renal, depressão, distúrbios neurológicos e muitas doenças crônicas estão associadas à disfunção erétil (Utiger, 1998). Alcool, drogas, tabagismo, técnicas sexuais empobrecidas, falta de conhecimento, relacionamentos insatisfatórios, ansiedade e estresse podem ser fatores contribuintes.

Alguns homens que sofrem de disfunção erétil podem ser ajudados tratando-se as causas subjacentes ou ajustando as medicações ("Effective Solutions for Impotence", 1994; NIH, 1992). O sildenafil (conhecido como Viagra), tomado na forma de comprimidos, mostrou-se seguro e efetivo (Goldstein et al, 1998; Utiger, 1998). Outros tratamentos, cada um dos quais com benefícios e desvantagens, incluem um dispositivo constritivo a vácuo que bombeia sangue para o pênis; injeções de prostaglandina E₁ (droga encontrada no sêmen, que alarga as artérias); e cirurgia de implante peniano. Ainda estão sendo testados um creme tópico e um supositório, ambos com base na prostaglandina E₁ ("Effective Solutions for Impotence", 1994; NIH, 1992) e outra medicação oral, Vasomax (Jordan e Schellhammer, 1998). Caso não haja problema físico aparente, psicoterapia ou terapia sexual (com o apoio e com o envolvimento da parceira) pode ajudar (NIH, 1992).

Atividade Sexual

"Meus pais não fazem sexo. Eles têm outras coisas para fazer" (King, 1996, p. 258)

Muitos filhos de pais de meia-idade são tremendamente ignorantes acerca da atividade sexual dos pais. Os mitos sobre a sexualidade na meia-idade - por exemplo, a idéia de que o sexo prazeroso termina na menopausa - são compartilhados até pelas próprias pessoas de meia-idade e, às vezes, se tornam profecias autodeterminadas. Hoje, os avanços na assistência à saúde e as atitudes mais liberais em relação ao sexo estão conscientizando mais as pessoas de que o sexo pode ser uma parte vital da vida durante esses anos e até em anos posteriores.

Pesquisas sugerem que a atividade sexual tende a diminuir apenas ligeira e gradualmente durante os 40 e 50 anos (King, 1996). Muitas vezes, a diminuição na frequência não possui causas fisiológicas: monotonia em um relacionamento, preocupação com questões comerciais ou financeiras, fadiga mental ou física, depressão, incapacidade de dar prioridade ao sexo, medo de não conseguir alcançar uma ereção ou falta de um parceiro. Possíveis causas físicas incluem doença crônica, cirurgia, medicações e excesso de alimento ou de álcool (King, 1996; Masters e Johnson, 1966; Weg, 1989).

Livre de preocupações com gravidez e tendo mais tempo ininterrupto para passar com seus parceiros, muitas pessoas acham seu relacionamento sexual melhor do que tem sido há anos. Em uma importante pesquisa introduzida no Capítulo 13, mulheres de 50 anos tinham três vezes menos chances do que mulheres mais jovens de sentir dor durante o sexo, além de 50% de suas chances de sentir falta de prazer ou ansiedade (Laumann, Paik e Rosen, 1999). Mulheres daquela idade podem conhecer melhor suas próprias necessidades e seus desejos sexuais, sentirem-se mais livres para tomar a iniciativa e terem mais interesse por sexo. Devido à resposta mais lenta dos homens, amantes de meia-idade podem usufruir de períodos mais longos e sossegados de atividade sexual. As mulheres podem tirar proveito do maior período de excitação de seus parceiros para alcançarem seu próprio orgasmo - muitas vezes, de outras formas que não o intercurso. Casais que se abraçam e acariciam-se mutuamente, com sexo genital ou não, podem experimentar a intensificada sexualidade como parte de um relacionamento íntimo (Weg, 1989).

disfunção erétil

Incapacidade de um homem de atingir ou manter o pênis ereto o suficiente para um desempenho sexual satisfatório.

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Descrever a principal diferença entre as mudanças reprodutivas em homens e em mulheres na meia-idade?
- ✓ Identificar fatores que podem afetar a experiência da menopausa nas mulheres?
- ✓ Discutir a prevalência e o tratamento de disfunção erétil?
- ✓ Descrever mudanças na atividade sexual durante a meia-idade?

Pense sobre isso ...

- Com que frequência e de que modos você imagina que seus pais expressam sua sexualidade? Quando tiver a idade deles, você acha que será sexualmente mais ou menos ativo do que eles parecem ser?
- Em sua experiência, as mulheres de meia-idade demonstram maior preocupação com a aparência do que os homens de meia-idade? Em caso afirmativo, de que formas específicas?

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Descrever as causas do "duplo padrão de envelhecimento" e seu recente declínio?

Preocupação com Aparência e Atratividade

Em uma sociedade orientada aos jovens, sinais visíveis de envelhecimento, como rugas, costas encurvadas, "sinais de idade" e acúmulo de gordura da meia-idade podem ser perturbadores. Pessoas de meia-idade despendem muito tempo, esforço e dinheiro tentando parecer jovens.

Até pouco tempo, eram principalmente as mulheres que eram vítimas da perseguição implacável da juventude. Nos tempos medievais, um homem maduro era considerado sábio, ao passo que uma mulher madura era considerada como "fria" e "seca" (Lock, 1998). Nos homens, o cabelo grisalho, a pele mais áspera e os pés-de-galinha tem sido vistos como indicadores de experiência e de domínio; em mulheres, como sinais de estar "descendo a ladeira".

As mudanças na aparência tendem a afetar mais a responsividade do marido à esposa do que vice-versa (Margolin e White, 1987). Segundo a psicologia evolucionista, esse duplo padrão do envelhecimento remonta ao impulso universal de perpetuar a espécie. Uma vez que as mulheres perdem sua capacidade reprodutiva mais cedo do que os homens, a perda da aparência de juventude podia informar a um homem que uma mulher poderia não ser mais uma parceira desejável (isto é, fértil) (Katchadourian, 1987). Embora a atratividade não seja mais medida apenas pelo mandato biológico de se reproduzir, um padrão social "que considera a beleza como reserva exclusiva dos jovens... torna as mulheres especialmente vulneráveis ao medo de envelhecer.... As implacáveis pressões sociais para manter uma silhueta delgada 'própria de menina' faz com que as mulheres preocupem-se com seus corpos... [e] pode ser prejudicial ao desenvolvimento pessoal e ao senso de valor próprio de uma mulher na meia-idade" (Lenz, 1993, p. 26 e 28).

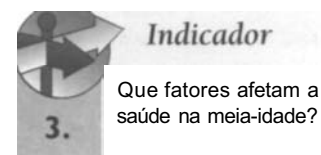
Hoje o duplo padrão de envelhecimento está desaparecendo (Gullette, 1998); os homens também sofrem com a valorização dada à juventude. Isso se aplica particularmente ao mercado de trabalho e ao mundo dos negócios. Não é coincidência que tratamentos de combate ao envelhecimento para homens tenham dado um salto de crescimento em uma época de redução corporativa (Spindler, 1996). Os homens atualmente gastam tanto quanto as mulheres em produtos cosméticos (Gullette, 1998) e estão fazendo mais cirurgias estéticas.

A auto-estima sofre quando as pessoas desvalorizam seu ser físico. Por outro lado, o esforço para manter a juventude e o vigor podem ser positivos se não for obsessivo e se refletir a preocupação com a saúde e com a boa forma (Gallagher, 1993). Homens e mulheres que possam manter ao máximo uma boa forma física e ao mesmo tempo aceitem de maneira realista as mudanças que estão ocorrendo em si mesmos e que possam apreciar a maturidade como uma realização positiva para ambos os sexos, são mais capazes de tirar o melhor da idade adulta - época em que tanto o funcionamento físico como o cognitivo tendem a estar em um nível surpreendentemente elevado.



Saúde

Em geral, os americanos de meia-idade - como pessoas de meia-idade de outros países industrializados - são bastante saudáveis. Menos do que 17% das pessoas de 45 a 64 anos consideram sua saúde má ou regular. Mais de três quartos das pessoas nessa faixa etária não possuem limitações funcionais, e apenas 1 a cada 10 é incapaz de realizar atividades importantes por motivos de saúde. Os homens tendem mais a ter restrições sobre atividades importantes, as mulheres sobre atividades secundárias ou menos importantes (NCHS, 1998a). Limitações de atividade geralmente são causadas por enfermidades crônicas, como problemas de coluna, artrite e reumatismo, e aumentam com a idade (Merrill e Verbrugge, 1999). A personalidade afeta o modo como as pessoas julgam sua própria saúde; as com elevado teor da dimensão de personalidade denominada *neuroticismo* (ver Capítulo 14) são menos propensas a descrever saúde excelente do que pessoas classificadas como extrovertidas, afáveis ou escrupulosos (Siegler, 1997).



Preocupações com a Saúde

Apesar de sua saúde geralmente boa, muitas pessoas na meia-idade preocupam-se com sinais de possível declínio. Elas podem ter menos energia do que em sua juventude e tendem a experimentar dores e fadiga Ocasionais ou crônicas. Já não são mais capazes de fazer esforços intelectuais com facilidade, são mais propensas a contrair certas doenças e levam mais tempo para se recuperar de doenças ou de esforço extremo (Merrill e Verbrugge, 1999; Siegler, 1997).

Pessoas com mais de 40 anos constituem cerca de um terço dos casos notificados de AIDS em adultos (NCHS, 1998a). Muitos pacientes nessa faixa etária contraíram a doença, como parece ter ocorrido com Arthur Ashe (ver Capítulo 13), por meio de transfusões de sangue contaminado antes que a triagem de rotina fosse instituída em 1985. A doença parece ser mais grave e a progredir com mais rapidez em pessoas de meia-idade e em pessoas mais velhas, cujos sistemas imunológicos podem estar enfraquecidos (Brozan, 1990; USDHHS, 1992).

A **hipertensão** (pressão arterial cronicamente elevada) é uma preocupação cada vez mais importante a partir da meia-idade. Ela pode causar enfarto, derrame ou comprometimento cognitivo na terceira idade (Launer, Masaki, Petrovitch, Foley e Havlik, 1995). O controle da pressão arterial, dietas com baixo teor de sal e medicação reduziram a prevalência de hipertensão, mas ela ainda aflige cerca de 34% dos homens e cerca de 25% das mulheres de 45 a 54 anos e mais do que 40% tanto de homens como de mulheres de 55 a 64 anos (NCHS, 1998a).

As principais causas de morte entre 45 e 64 anos são câncer, doença cardíaca, acidentes e derrame. Entre 1979 e 1997, as taxas de mortalidade diminuíram drasticamente para as pessoas nessa faixa etária (Hoyert, Kochanek e Murphy, 1999) em virtude do decréscimo nas mortes por doença coronariana (Siegler, 1997). Esse declínio na mortalidade coronariana parece dever-se sobretudo aos aperfeiçoamentos no tratamento de pacientes enfartados (Rosamond et al., 1998).

hipertensão
Pressão arterial cronicamente elevada.

Influências Indiretas sobre a Saúde: Pobreza, Gênero e Etnicidade

Pessoas com baixa renda têm maior risco de limitação de atividade e má saúde (NCHS, 1998a). Em um estudo longitudinal com 8.355 funcionários públicos britânicos de 39 a 63 anos de idade, aqueles que ocupavam postos inferiores apresentavam saúde pior do que os que ocupavam posições superiores, apesar do mesmo acesso ao sistema nacional de saúde (Hemingway, Nicholson, Stafford, Roberts e Marmot, 1997).

Como no início da idade adulta, as taxas de mortalidade na meia-idade são mais altas para homens do que para mulheres e mais altas para afro-americanos do que para americanos brancos, hispânicos, asiáticos e nativos (Hoyert et al., 1999; NCHS, 1998a). Entretanto, as mulheres estão em maior risco após a menopausa, principalmente para doença cardíaca e para osteoporose. Examinemos mais de perto a saúde das mulheres e depois os perigos à saúde para afro-americanos, os quais estão, em parte, relacionados com a pobreza.

A Saúde das Mulheres após a Menopausa

Após os 50 anos, o risco de doença cardíaca das mulheres começa a alcançar o dos homens (Avis, 1999). Isso ocorre mais rápido após uma histerectomia. Além disso, mulheres com menos de 74 anos têm menos chance de sobreviver a um enfarto do que os homens (Vaccarino et al., 1999). Exercícios regulares ou caminhadas aceleradas podem diminuir o risco de doença cardíaca, mesmo para mulheres anteriormente sedentárias que não se tornaram ativas antes da meia-idade (Manson et al., 1999; Owens, Matthews, Wing e Kuller, 1992). Uma dieta rica em fibras, especialmente com cereais, também reduz o risco (Wolk et al., 1999).

Como já mencionamos, a perda gradual de densidade óssea é um acompanhamento normal do envelhecimento. Nas mulheres, a perda óssea acelera-se rapidamente na menopausa (Avis, 1999; Levinson e Altkorn, 1998). Um quarto das mulheres que já estão na menopausa e com mais de 60 anos sofre de **osteoporose** ("ossos porosos"), condição em que os ossos tornam-se finos e quebradiços devido a uma redução de cálcio associada à perda de estrogênio ("Should You Take", 1994). Mulheres afetadas podem perder até 50% de sua massa óssea entre os 40 e os 70 anos (Spence, 1989). Sinais freqüentes de osteoporose são perda acentuada de altura e uma postura "corcunda" que resulta da compressão e do colapso de ossos enfraquecidos. A osteoporose é uma causa importante de fraturamento de ossos na velhice e pode afetar muito a qualidade de vida e até a sobrevivência (Levinson e Altkorn, 1998).

Quatro a cada cinco casos de osteoporose ocorrem em mulheres, na maioria das vezes em mulheres brancas, de pele clara ou corpo pequeno, naquelas com história familiar da doença e naquelas cujos ovários foram cirurgicamente removidos antes da menopausa (NIA, 1993; "Should You Take", 1994). Uma vez que uma predisposição à osteoporose parece ter uma base genética, a medição da densidade óssea é uma precaução especialmente indicada para mulheres com familiares acometidos (Prockop, 1998; Uitterlinden et al., 1998).

A perda óssea pode ser retardada ou até revertida com nutrição adequada e com exercício, evitando-se o fumo (Eastell, 1998). Mulheres com mais de 40 anos devem receber de 1.000 a 1.500 mg de cálcio na dieta por dia, juntamente com as quantidades diárias recomendadas de vitamina D, a qual ajuda o organismo a absorver o cálcio (NIA, 1993). Estudos confirmam o valor dos suplementos de cálcio e vitamina D (Dawson-Hughes, Harris, Krall e Dallal, 1997; Eastell, 1998). Exercícios de sustentação de peso, como caminhar, correr e ginástica aeróbica, podem aumentar a densidade óssea (Krall e Dawson-Hughes, 1994; MA, 1993).

Uma vez que os efeitos físicos mais problemáticos da menopausa estão ligados a níveis reduzidos de estrogênio, a **terapia de reposição hormonal (TRH)** com estrogênio artificial costuma ser prescrita. Uma vez que o estrogênio administrado isoladamente aumenta o risco de câncer no útero, as mulheres cujo útero não foi cirurgicamente removido, em geral, recebem estrogênio em associação com progestina, uma forma do hormônio feminino progesterona.

Além de aliviar calores e suores noturnos, a TRH é o melhor tratamento conhecido para prevenir ou deter a perda óssea após a menopausa, reduzindo o risco de osteoporose e de fraturas (Davidson, 1995; Eastell, 1998; Levinson e Altkorn, 1998). A TRH parece funcionar melhor quando iniciada na menopausa e mantida

osteoporose

Condição em que os ossos tornam-se finos e quebradiços como resultado de redução de cálcio.

terapia de reposição hormonal (TRH)

Tratamento com estrogênio artificial, às vezes, em associação com o hormônio progesterona, para aliviar ou para prevenir os sintomas causados pelo declínio nos níveis de estrogênio após a menopausa.



Um exame de densidade óssea é um procedimento radiológico simples e indolor para medir a densidade dos ossos com o intuito de determinar se a osteoporose está presente. A osteoporose ou adelgaçamento dos ossos é mais comum nas mulheres após a menopausa. O procedimento é especialmente indicado para mulheres com história familiar de osteoporose. Aqui, o monitor mostra uma imagem da coluna vertebral desta senhora.

por pelo menos cinco anos. Pode promover a formação de ossos mesmo quando iniciada posteriormente, mas os achados sobre esse ponto são mistos (Eastell, 1998; Felson et al., 1993; Levinson e Altkorn, 1998; Prestwood et al., 1994).

Em diversos estudos correlacionais, o estrogênio, administrado isoladamente ou em associação com progestina, reduziu, de modo acentuado, o risco de doença cardíaca (Davidson, 1995; Ettinger, Friedman, Bush e Quesenberry, 1996; Grodstein, 1996) e melhorou o equilíbrio entre o colesterol HDL ("bom") e o colesterol LDL ("ruim") (The Writing Group of PEPI Trial, 1995). Entretanto, a validade dessas descobertas foi questionada porque as usuárias de estrogênio tendem a ter melhores hábitos de saúde do que aquelas que não o utilizam (Avis, 1999). Mais recentemente, em um estudo controlado em andamento com 25 mil mulheres saudáveis que já passaram da menopausa, aquelas que tomavam estrogênio - com ou sem progestina - eram um pouco *mais* acometidas de enfartos, de derrames e de coágulos sanguíneos do que as que tomavam apenas placebo (Kolata, 2000).

Alguns estudos de TRH constataram efeitos de proteção contra a doença de Alzheimer (Mayeux, 1996; Paganini-Hill e Henderson, 1994; Tang et al., 1996) e aperfeiçoamento no funcionamento cognitivo, principalmente na memória, mas essa pesquisa teve resultados conflitantes e também foi criticada por questões metodológicas (Avis, 1999; Shaywitz et al., 1999; Yaffe, Sawaya, Lieberburg e Grady, 1998). Em um estudo randomizado controlado, imagens de ressonância magnética (RM) mostraram que o estrogênio altera a ativação cerebral em regiões específicas envolvidas na memória; contudo, seu uso não afetou o desempenho em tarefas de memória (Shaywitz et al., 1999). Em outro estudo randomizado controlado, o tratamento com estrogênio não melhorou o funcionamento cognitivo em mulheres com mal de Alzheimer leve a moderado (Mulnard et al., 2000).

O tratamento com estrogênio tem riscos e benefícios (ver Tabela 15-2). Muitas pesquisas investigam um possível aumento no risco de câncer de mama. Mais uma vez, contudo, os achados são conflitantes (Avis, 1999; Colditz et al., 1995; Henrich, 1992; Steinberg, Smith, Thacker e Stroup, 1994). O maior risco parece residir principalmente entre usuários de estrogênio atuais ou recentes e aumenta com o tempo de uso (Willett, Colditz e Stampfer, 2000). Um estudo recente não constatou ligação entre TRH e os tipos mais comuns de câncer de mama, embora o tratamento realmente tenha aumentado o risco de tipos menos comuns que possuem um prognóstico favorável (Gapstur, Morrow e Sellers, 1999). Outro estudo em larga escala constatou maior risco de estrogênio em associação com progestina do que de estrogênio utilizado isoladamente (Schairer et al., 2000).

Cerca de 10% das mulheres que tomam hormônios sofrem de efeitos colaterais, como dores de cabeça, náusea, retenção de líquido, seios inchados e corrimento vaginal. Também existe algum risco de sangramento vaginal anormal ("Alternatives to hormone replacement", 1994; NIA, 1993). Algumas mulheres consideram que a TRH baseia-se na

Tabela 15-2 Estrogênio: Benefícios e Riscos

Benefícios do Estrogênio	Riscos do Estrogênio
- Alívios dos sintomas clássicos da menopausa: calorões, oscilações de humor, secura vaginal, adelgaçamento da pele - Comprovada diminuição da perda óssea (osteoporose) associada à menopausa, incluindo uma provável redução em fraturas nos quadris - Possível redução no risco de doença cardíaca por melhorar os níveis de colesterol e a flexibilidade dos vasos sanguíneos - Possível diminuição no risco de câncer de cólon	- Aumento no risco de câncer endometrial, o que pode ser combatido adicionando-se progesterona ao tratamento com estrogênio - Sintomas semelhantes aos sintomas pré-menstruais (inchaço, intumescimento e sensibilidade nos seios, oscilações de humor, dores de cabeça) - Descarga menstrual (quando progesterona é tomada com estrogênio) - Provável aumento no risco de câncer de mama - Estimulação do desenvolvimento de fibróides uterinos e endometriose - Provável aumento no risco de cálculos biliares e de coágulos sanguíneos - Possível ganho de peso

Fonte: Adaptado de "Hormone Therapy", 1997, p. 2

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever a típica condição de saúde na meia-idade e de identificar preocupações de saúde que se tornam mais prevalentes nessa idade?
- ✓ Explicar como o risco de doença cardíaca e de osteoporose das mulheres aumenta após a menopausa e pesar os riscos e os benefícios da terapia de reposição hormonal, além de alternativas para ela?

visão da menopausa como uma doença ou uma deficiência que precisa ser tratada com medicação diária, e não como um processo natural que não deve ser interrompido (Lock, 1998; te Velde e van Leusden, 1994).

A segurança do tratamento hormonal de longo prazo ainda é desconhecida (Avis, 1999), e outros tratamentos estão sendo testados. Um novo grupo de substâncias não-hormonais chamadas de *moduladores seletivos dos receptores de estrogênio*, principalmente tamoxifen e raloxifene (às vezes, chamados de "estrogênios de projetista"), parecem ter efeitos favoráveis sobre a densidade óssea e possivelmente sobre os níveis de colesterol sem aumentar o risco de câncer de mama, mas o tamoxifen pode estimular o câncer de útero (Avis, 1999; Eastell, 1998). Além disso, os efeitos a longo prazo dessas drogas - positivos ou negativos - ainda precisam ser documentados. Outra droga não-hormonal (alendronate), pertencente a uma classe chamada de bisfosfonatos, possui menos efeitos adversos do que o estrogênio, mas provou ser menos eficaz na prevenção de perda óssea; ela não é recomendada para mulheres com problemas gastrointestinais (Eastell, 1998; Levinson e Altkorn, 1998).

Uma avaliação mais precisa dos efeitos do estrogênio e dos tratamentos alternativos deve aguardar a finalização de estudos randomizados e controlados em grande escala. Enquanto isso, as mulheres precisam tomar a decisão sobre reposição hormonal com base em suas situações particulares, incluindo seus sentimentos sobre a menopausa e sua história de saúde familiar.

Fatores de Risco para Afro-Americanos

A taxa de mortalidade para afro-americanos de meia-idade é quase duas vezes maior do que para norte-americanos brancos. O número de negros de 45 a 64 anos que morrem de doença cardíaca é quase duas vezes maior do que os de brancos, quase uma vez e meia maior entre os que morrem de câncer, e mais do que três vezes maior entre os que morrem por derrame (Hoyert et al., 1999). Quase um terço da maior mortalidade das pessoas negras de meia-idade pode ser atribuída a seis fatores de risco: hipertensão, colesterol alto, excesso de peso, diabetes, fumo e consumo de álcool. Os quatro primeiros podem ser em parte atribuíveis à hereditariedade, mas o estilo de vida desempenha um papel em todos os seis. Provavelmente o fator subjacente mais importante seja a pobreza, que está relacionada com a má nutrição, más condições de moradia, assistência pré-natal inadequada e falta de acesso à assistência médica durante toda a vida (Otten, Teutsch, Williamson e Marks, 1990). Mesmo assim, a pobreza não pode ser a única explicação, uma vez que a taxa de mortalidade para americanos hispânicos de meia-idade, que também são desproporcionalmente pobres, é menor do que a de americanos brancos (Hoyert et al., 1999).

Cerca de um terço dos adultos afro-americanos sofre de hipertensão, comparado com menos do que um quarto dos norte-americanos brancos (NCHS, 1998a). A hipertensão é responsável por um quinto das mortes entre negros - duas vezes mais do que entre brancos. Os motivos não podem ser inteiramente genéticos, pois pessoas de descendência africana nas ilhas caribenhas e africanos da República dos Camarões e da Nigéria apresentam taxas acentuadamente menores de hipertensão do que os afro-americanos. Sobrepeso, falta de exercício e dieta parecem explicar de 40 a 50% do maior risco enfrentado por afro-americanos em relação aos nigerianos da zona rural. Uma vez que apenas 7% destes últimos têm pressão arterial alta, a hipertensão pode ser sobretudo uma ameaça da vida nas sociedades industriais modernas (Cooper, Rotimi e Ward, 1999).

As mulheres negras foram chamadas de "minorias dentro de uma minoria" (Miller, citado em Eastman, 1995). Além de estarem em maior risco de hipertensão, elas são mais propensas do que as mulheres brancas de terem excesso de peso. Fazem menos exercício e visitam o médico com menos frequência (Eastman, 1995). Mulheres afro-americanas possuem quatro vezes mais chances do que mulheres brancas de morrer de doença cardíaca ou de derrame antes dos 60 anos; a condição educacional faz pouca diferença (Mosca et al., 1998). As mulheres negras também têm duas vezes mais chances de morrer de câncer de mama no período de cinco anos após o diagnóstico, provavelmente porque são menos propensas a fazer mamografia, e seu câncer tende a ser diagnosticado mais tarde (Eley et al., 1994).

Alguns observadores atribuem a diferença de saúde entre norte-americanos negros e brancos em parte ao estresse causado pelo preconceito (Chissell, 1989; Lawler, 1990, em Goleman, 1990). Em partes do Caribe, onde as relações raciais podem ser

mais tranquilas do que nos Estados Unidos, a pressão arterial média dos negros é aproximadamente a mesma que a de outros grupos étnicos (Cooper et al., 1999).

Saúde e Estilo de Vida: A Influência do Estresse

Os problemas de saúde dos afro-americanos, recém-discutidos, salientam a influência do estilo de vida sobre a saúde. Nutrição, fumo, uso de drogas e álcool, atividade física e outras influências discutidas no Capítulo 13 continuam afetando a saúde na meia-idade (ver Tabela 15-3). Pessoas que não fumam, não têm sobrepeso e exercitam-se regularmente não apenas vivem mais, mas também possuem períodos mais curtos de incapacidade ao final da vida (Vita, Terry, Hubert e Fries, 1998). Homens e mulheres de meia-idade que param de fumar reduzem seu risco de doença cardíaca e de derrame (AHA, 1995; Kawachi et al., 1993; Stamler et al., 1993; Wannamethee, Shaper, Whincup e Walker, 1995). Outra influência importante é o estresse, cujos efeitos cumulativos costumam aparecer na meia-idade.

Estresse: Causas e Efeitos

Quanto mais estressantes as mudanças que ocorrem na vida de uma pessoa, maior a probabilidade de doença no período de um ou dois anos depois. Essa foi a descoberta de um estudo clássico em que dois psiquiatras, com base em entrevistas com 5 mil pacientes hospitalares, classificaram o grau de estresse dos eventos de vida que precederam as doenças (Holmes e Rahe, 1976; ver Tabela 15-4). Cerca de metade das pessoas com entre 150 e 300 "unidades de mudança de vida" (UMVs) em um único ano, e cerca de 70% daquelas com 300 ou mais UMVs, ficaram doentes.

As mudanças - mesmo que positivas - podem ser estressantes, e algumas pessoas reagem ao estresse ficando doentes. Contudo, essas descobertas não nos informam *como* o estresse produz doença ou por que os corpos de algumas pessoas lidam melhor com o estresse do que outras. Além disso, existem diferentes tipos de estressores (experiências geradoras de estresse). Discussões da vida cotidiana estão associadas com doenças físicas menores, tais como resfriados, e podem ter um efeito mais intenso sobre a saúde mental do que fatos ou do que transições de vida mais importantes ou do que problemas crônicos ou de longa duração (Chiriboga, 1997).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Citar fatores que contribuem para a maior mortalidade dos afro-americanos na meia-idade?

estressores
Experiências geradoras de estresse.

Tabela 15-3 Fatores de Estilo de Vida em Doenças Seleccionadas

Fator de Risco	Doença coronariana	Derrame	Diabetes (não-dependente de insulina)	Câncer de mama	Câncer de pulmão	Câncer de próstata	Câncer colorretal	Melanoma (câncer de pele)	Osteoporose	Osteoartrite
Tabagismo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Álcool	?		?	?						
Fatores alimentares										
Colesterol	x	x								
Calorias			x							
Consumo de gordura	x	x	?	?		x	?			
Consumo de sal		x								
Fibra			o							
Cálcio									o	
Potássio	o									
Sobrepeso	x	x	x						x	?
Inatividade física	o	o	o						o	o
Exposição a toxinas				x	x	x	x			
Exposição a raios ultravioletas								x		

Nota: X= aumenta risco de doença; O = diminui risco de doença; ? = pode aumentar risco de doença.

Fonte: Adaptado de Merrill e Verbrugge, 1999, Tabela IV, p.87.

Tabela 15-4 Eventos de Vida e seu Potencial de Estresse

Evento de Vida	Valor	Evento de Vida	Valor
Morte do cônjuge	100	Saída de filho ou filha de casa	29
Divórcio	73	Problema com parentes	29
Separação conjugal	65	Realização pessoal importante	28
Sentença na prisão	63	Esposa começa ou pára de trabalhar	26
Morte de familiar próximo	63	Iniciar ou concluir escola	26
Dano ou doença pessoal	53	Revisão de hábitos	24
Casamento	50	Problema com chefe	23
Ser demitido do emprego	47	Mudança no horário de trabalho	20
Reconciliação conjugal	45	Mudança de residência	20
Aposentadoria	45	Mudança de escola	20
Mudança na saúde da família	44	Mudança de recreação	19
Gravidez	40	Mudança de atividade social	18
Dificuldades Sexuais	39	Mudança nos hábitos de sono	16
Mudança de situação financeira	38	Mudança no número de reuniões da família	15
Morte de amigo próximo	37	Mudança nos hábitos de alimentação	15
Mudança de trabalho	36	Férias	13
Mudança no número de discussões com cônjuge	35	Pequenas infrações à lei	11
Execução de hipoteca	30		
Mudança de responsabilidade no trabalho	29		

Fontes: Adaptado de Holmes e Rahe, 1967, p. 213.

Pense sobre isso...

- Como você lida com o estresse? Que métodos lhe pareceram funcionar melhor? Quais são as principais fontes de estresse em sua vida?

Hoje, o estresse está sendo cada vez mais investigado como fator em doenças como hipertensão, doenças cardíacas, derrame, úlceras pépticas e câncer (Levenstein, Ackerman, Kiecolt-Glaser e Dubois, 1999; Light et al., 1999; Sapolsky, 1992). Os sintomas físicos de estresse descritos com maior frequência são dores de cabeça, dor de estômago, dores musculares ou tensão muscular e fadiga. Os sintomas psicológicos mais comuns são nervosismo, ansiedade, tensão, raiva, irritabilidade e depressão.

Reações psicológicas ao estresse podem aumentar a vulnerabilidade à doença, assim como o esforço para lidar com o próprio estresse. As pessoas que experimentam eventos estressantes são mais propensas a pegar resfriados, sentindo-se ou não sob estresse e independentemente de suas reações emocionais a ele (Cohen, 1996; Cohen, Tyrell e Smith, 1991, 1993). O estresse intenso ou prolongado parece enfraquecer o sistema imunológico (Kiecolt-Glaser et al., 1984; Kiecolt-Glaser, Fisher et al., 1987; Kiecolt-Glaser e Glaser, 1995; Kiecolt-Glaser, Glaser et al., 1987).

O estresse também parece causar bloqueio das artérias, o que leva à doença cardiovascular (Baum, Cacioppo, Melamed, Gallant e Travis, 1995). Homens de meia-idade com elevados níveis de ansiedade ou tensão são mais propensos a desenvolver hipertensão em idade mais avançada (Markovitz, Matthews, Kannel, Cobb e D'Agostino, 1993) e são de quatro a seis vezes mais propensos do que homens menos ansiosos a morrer de insuficiência cardíaca repentina (Kawachi, Colditz et al., 1994; Kawachi, Sparrow, Vokonas e Weiss, 1994). Enfermeiras que trabalham em horários noturnos rotativos (que tendem a perturbar nos ritmos naturais do organismo) por mais do que seis anos são muito mais propensas do que suas colegas de sofrerem enfarto (Kawachi et al., 1995).

Evidentemente, até certo ponto, o estresse é normal durante toda a vida adulta (Siegler, 1997). Entretanto, em algumas pessoas, a resposta ao estresse fica prejudicada com a idade. A excessiva secreção de hormônio de estresse a longo prazo pode contribuir para diversos distúrbios relacionados com a idade, desde o diabetes de início na maturidade até a osteoporose (Krieger, 1982; Munck, Guyre e Holbrook, 1984).

O estresse pode prejudicar a saúde indiretamente através de outros fatores de estilo de vida. As pessoas sob estresse podem dormir menos, fumar e beber mais, alimentar-se mal e darem muito pouca atenção a sua saúde. Inversamente, exercícios regulares, boa nutrição, pelo menos 7 horas de sono por noite e socialização freqüente estão associadas a menos estresse (Baum et al., 1995). Alguns adultos bebem sob estresse econômico, conjugal ou profissional. Porém, embora pequenas doses de álcool possam reduzir a resposta de estresse e melhorar o desempenho, doses mais altas podem acabar induzin-

do estresse por estimularem a secreção de adrenalina e de outros hormônios (NIAAA, 1996a).

Um forma de o estresse acarretar doença pode estar relacionada com a perda de um senso de domínio ou de controle. Quando as pessoas sentem que podem controlar eventos estressantes, são menos propensas a ficar doentes. Quando as expectativas de controle são violadas, como em um acidente em uma usina nuclear causado por erro humano, problemas crônicos relacionados com estresse tendem a fazer parte dos efeitos fisiológicos (Baum e Fleming, 1993).

Em oficinas de manejo do estresse, as pessoas aprendem a controlar suas reações mediante relaxamento, meditação e *biofeedback*. Indivíduos infectados com o vírus da AIDS que aprendem essas técnicas demoram mais para desenvolver os sintomas da doença; mulheres com câncer de mama que fazem terapia de grupo vivem mais do que as que não fazem (Sleek, 1995). Em um experimento, pacientes com asma e artrite reumatóide que escreveram sobre suas experiências mais estressantes melhoraram sua condição física quando comparados com um grupo controle de pacientes que escreveram sobre tópicos emocionalmente neutros (Smyth, Stone, Hurewitz e Kaell, 1999).

Estresse Relacionado ao Trabalho

Os locais de trabalho geralmente são projetados para eficiência e lucro, e não para o bem-estar de quem neles trabalha, mas os custos humanos podem prejudicar o saldo final. Quando as pessoas acham que estão no emprego errado ou quando os esforços para atender às demandas de trabalho não são proporcionais à satisfação no emprego e a outras compensações, pode ocorrer estresse. E, como acabamos de expor, o estresse - intenso, freqüente e prolongado - pode arruinar a saúde física e mental (Levi, 1990; Siegrist, 1996).

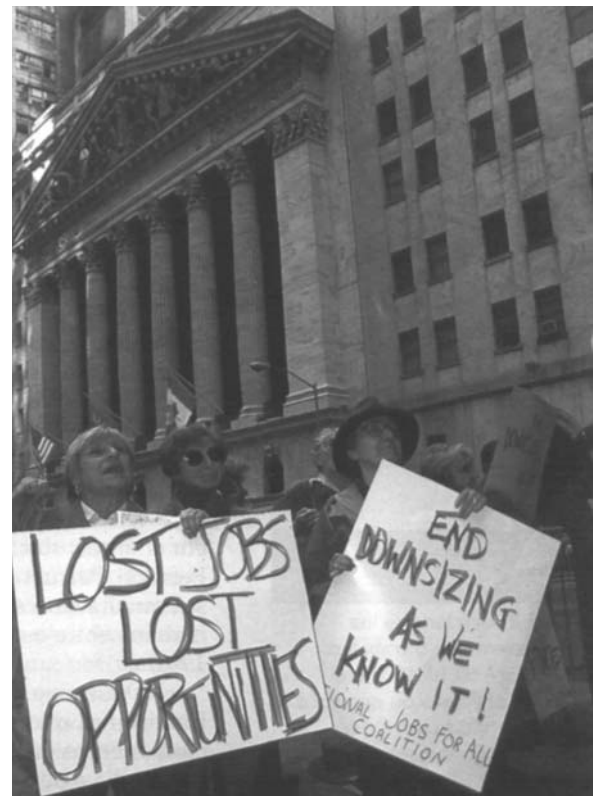
Hoje, muitos profissionais norte-americanos estão trabalhando cada vez mais para manter seu padrão de vida. Alguns profissionais de renda média têm dois empregos para equilibrar o orçamento (McGuire, 1999). Empregados ou que se sentem sobrecarregados de trabalho, ou que acreditam que seus talentos não são suficientemente reconhecidos, ou que não possuem metas claras, tendem a apresentar alto estresse, baixa disposição de ânimo e baixa produtividade (Veninga, 1998). Outra causa de estresse no trabalho é o conflito com supervisores, com subordinados e com colegas. A violência no local de trabalho, como resposta ao medo, à incerteza ou à percepção de injustiça, é um problema crescente (Clay, 1995; Freiberg, 1998).

Em entrevistas com aproximadamente 3 mil empregados assalariados ou recebedores de ordenado, 68% queixaram-se de terem que trabalhar muito rápido, e 88% de terem que trabalhar demais. Quase um quarto disseram que às vezes ou muitas vezes se sentiam nervosos ou estressados ou emocionalmente extenuados por seu trabalho, e mais de um terço disseram que se sentiam esgotados ao final de um dia de trabalho. Ao mesmo tempo, 70% classificaram suas chances de progresso apenas como justas ou pobres (Bond e Galinsky, 1998).

Níveis elevados de estresse relacionado com o trabalho foram descritos em muitas outras partes do mundo (Veninga, 1998). Um misto de altas demandas no trabalho e de baixa autonomia ou

A redução no tamanho das empresas deixou sem emprego muitos executivos de meia-idade anteriormente bem remunerados. Estes integrantes da Coalizão Empregos para Todos estão fazendo uma manifestação em prol de empregos em tempo integral e benefícios apropriados. Tanto homens como mulheres enfrentam melhor o desemprego quando podem utilizar recursos financeiros, psicológicos e sociais e são capazes de ver essa mudança forçada como uma oportunidade para fazer algo novo ou como um desafio para crescimento.

* N.de T.: tradução dos cartazes: empregos perdidos oportunidades perdidas pelo fim das reduções corporativas.
Coalizão Nacional de Empregos para Todos



assédio sexual

Investidas sexuais inoportunas, principalmente de um superior no trabalho, o que cria um ambiente hostil ou abusivo, gerando pressão psicológica.

esgotamento

Síndrome de exaustão emocional e sensação de incapacidade de realização no trabalho.

controle e pouco orgulho pelo produto é um padrão comum de geração de estresse (United Nations International Labor Organization [UNILLO], 1993; Williams, 1991), o qual aumenta o risco de hipertensão e de doença cardíaca (Schnall et al., 1990; Siegrist, 1996). Entre 10.308 funcionários públicos de 35 a 55 anos, pouco controle do emprego e um desequilíbrio entre esforço e recompensa estavam fortemente associados a aumentado risco coronariano durante os cinco anos seguintes (Bosma, Peter, Siegrist e Marmot, 1998).

Muitas mulheres, além de darem conta do trabalho e da família, encontram-se em especial pressão no local de trabalho, especialmente em corporações, onde os superiores com frequência são homens. Algumas mulheres queixam-se de um "teto de vidro" invisível, mas inflexível, que inibe sua ascensão aos postos mais altos (Federal Glass Ceiling Commission, 1995). Outra fonte frequente de estresse é o **assédio sexual**: pressão psicológica criada por investidas sexuais inoportunas, principalmente de um superior, o que cria um ambiente hostil ou abusivo.

Esgotamento O **esgotamento** envolve exaustão emocional, um sentimento de ser incapaz de realizar qualquer coisa no trabalho e uma sensação de impotência e de perda de controle. Ele é particularmente comum entre pessoas em profissões de auxílio (como ensino, medicina, terapia, trabalho social e trabalho policial) que se sentem frustrados por sua incapacidade de ajudar as pessoas tanto quanto gostariam. O colapso costuma ser uma resposta ao estresse contínuo mais do que a uma crise imediata. Seus sintomas incluem fadiga, insônia, dores de cabeça, resfriados persistentes, dores de estômago, abuso de álcool ou drogas e problemas para se relacionar com as pessoas. Um profissional esgotado pode abandonar o emprego repentinamente, afastar-se da família e dos amigos e mergulhar na depressão (Briley, 1980; Maslach e Jackson, 1985).

As medidas que parecem ajudar profissionais esgotados incluem redução das horas de trabalho e utilização de períodos de descanso, incluindo longos fins de semana e férias. Outras técnicas básicas de redução de estresse - exercício, música e meditação - também podem ajudar. Contudo, o modo mais eficaz de aliviar o estresse e o esgotamento pode ser mudar as condições que o causam, garantindo que os empregados tenham oportunidade de realizar um trabalho que lhes seja significativo, fazer uso de seus talentos e de seu conhecimento e proporcionar um senso de realização e de auto-estima (Knoop, 1994).

Desemprego Talvez o maior estressor relacionado ao trabalho seja a perda de emprego. Embora o desemprego no final da década de 1990 tenha sido baixo, em 1998 mais de 6% das famílias norte-americanas - incluindo aproximadamente duas vezes mais famílias afro-americanas e hispânicas do que brancas - informaram ter algum familiar desempregado (Bureau of Labor Statistics, 1999a).

A redução no tamanho das empresas acrescentou uma quantidade considerável de executivos de meia-idade de gerência intermediária às listas de desemprego (Kuttner, 1994). Uma vez que os empregadores geralmente preferem contratar profissionais mais jovens, por acreditarem que suas habilidades são mais transferíveis, muitos desses profissionais mais antigos são forçados a se aposentar precocemente ou a aceitar empregos menos bem remunerados (Forteza e Prieto, 1994). Os sobreviventes costumam se sentir desmoralizados, com excesso de trabalho e temerosos por seus próprios empregos (Veninga, 1998). Em um estudo, mencionado anteriormente, cerca de 30% dos funcionários consideravam possível ou muito provável que perderiam seus empregos nos anos seguintes (Bond e Galinsky, 1998).

A pesquisa sobre desemprego relacionou-o a dores de cabeça, distúrbios estomacais e hipertensão; doença física e mental, incluindo enfarto, derrame, ansiedade e depressão; problemas conjugais e familiares; problemas de saúde, psicológicos e comportamentais em crianças; suicídio, homicídio e outros crimes (Brenner, 1991; Merva e Fowles, 1992; Perrucci, Perrucci e Targ, 1988; Voydanoff, 1990). Em um estudo com 90 famílias canadenses que haviam sofrido perda de emprego, problemas psicológicos eram de 55 a 75% maiores entre os desempregados do que entre aqueles com trabalho estável (Veninga, 1998).

O estresse advém não apenas da perda de renda e de conseqüentes dificuldades financeiras, mas também dos efeitos dessa perda sobre o autoconceito e sobre os relacionamentos familiares. Homens que identificam sua masculinidade com a sustento da família e pessoas de ambos os sexos que baseiam sua identidade no trabalho e que definem seu valor em termos de valor monetário perdem mais do que o contracheque

Pense sobre isso . . .

- O que você faria se lhe dissessem que o trabalho **que** você faz há 10 anos estava obsoleto ou que você seria demitido devido à redução no tamanho da empresa?

quando perdem o emprego. Eles perdem uma parte de si mesmos e de sua auto-estima e sentem-se com menor domínio sobre sua vida (Forteza e Prieto, 1994; Perrucci et al., 1988; Voydanoff, 1987, 1990).

Aqueles que lidam melhor com o desemprego possuem recursos financeiros (economias ou ganhos de outros membros da família). Em vez de se culparem ou de se identificarem como fracassados, avaliam sua situação objetivamente. Contam com o apoio de famílias compreensivas e adaptáveis e dos amigos (Voydanoff, 1990). Acreditar que temos domínio sobre a situação é crucial. Entre 190 profissionais desempregados, aqueles que acreditavam que tinham alguma influência sobre as circunstâncias ficavam menos ansiosos e deprimidos, tinham menos sintomas físicos e melhor auto-estima e satisfação na vida do que os que acreditavam que forças externas estavam controlando (Cvetanovski e Jex, 1994).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar como o estresse pode afetar a saúde?
- ✓ Identificar fontes de estresse e esgotamento no trabalho?
- ✓ Resumir os efeitos físicos e psicológicos de perder um trabalho?

Desenvolvimento Cognitivo

O que acontece com as habilidades cognitivas na meia-idade? Elas se aperfeiçoam ou declinam, ou ambos? As pessoas desenvolvem formas características de pensar nessa época da vida? Como a idade afeta a capacidade de resolver problemas, de aprender, de criar e de trabalhar?

Medindo as Capacidades Cognitivas na Idade Adulta

Em termos cognitivos, pessoas de meia-idade estão no apogeu da vida. A vida de Gandhi apóia essa conclusão. Assim como o Estudo Longitudinal de Seattle de Inteligência Adulta, realizado por K. Warner Schaie e colaboradores (Schaie, 1979, 1983, 1988a, 1988b, 1990, 1994, 1996a, 1996b; Schaie e Herzog, 1983, 1986; Schaie e Strother, 1968; Willis e Schaie, 1999).

Embora esse estudo, ainda em andamento, seja chamado de longitudinal, ele utiliza métodos seqüenciais (ver Capítulo 2). Ele começou em 1956 com 500 participantes selecionados randomicamente: 25 homens e 25 mulheres em cada faixa etária de cinco anos dos 22 aos 67. Os participantes foram submetidos a testes cronometrados de seis habilidades mentais básicas baseadas naquelas identificadas por Thurstone (1938). (A Tabela 15-5 apresenta definições e exemplos de tarefas para cada habilidade.) A cada sete anos, os participantes originais voltaram a ser testados, e novos participantes foram incluídos no estudo. Em 1994, cerca de 5 mil pessoas, formando uma amostra socioeconômica amplamente diversa do início da idade adulta à velhice, haviam sido testadas.

Os pesquisadores não constataram "um padrão uniforme de mudanças relacionadas com a idade... [para] todas as habilidades intelectuais" (Schaie, 1994, p. 306). Ao que parece, o desenvolvimento cognitivo é irregular durante a idade adulta, envolvendo ganhos e perdas nas diversas habilidades em épocas diferentes. Embora a rapidez perceptual diminua constantemente a partir dos 25 anos e a capacidade numérica comece a diminuir em torno dos 40, o desempenho máximo em quatro das seis habilidades - raciocínio indutivo, orientação espacial, vocabulário e memória verbal - ocorre aproximadamente em um ponto intermediário da idade adulta (ver Figura 15-2). Em todas essas quatro habilidades - pessoas de meia-idade, especialmente mulheres, obtêm pontuação média mais alta do que a que obtiveram aos 25. Nos homens, a orientação espacial, o vocabulário e a memória verbal atingem o máximo aos 50; nas mulheres, somente depois dos 60. Por outro lado, a rapidez perceptual das mulheres diminui mais rápido do que a dos homens (Willis e Schaie, 1999).



Indicador

Que ganhos e perdas cognitivas ocorrem durante a meia-idade?

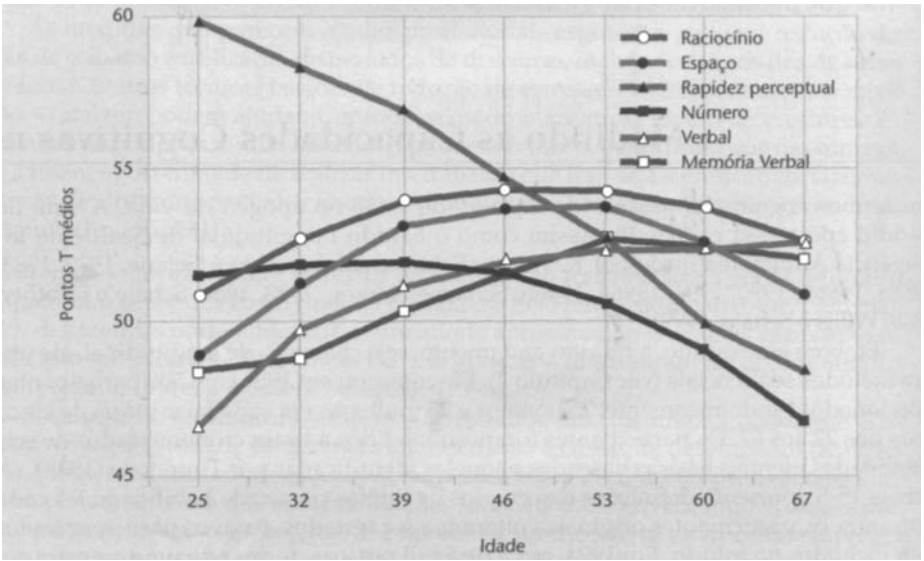
Tabela 15-5 Testes de Capacidades Mentais Básicas Aplicados no Estudo Longitudinal de Inteligência Adulta de Seattle

Teste	Habilidade Medida	Tarefa	Tipo de Inteligência
Vocabulário	Reconhecimento e compreensão de palavras	Encontrar sinônimo identificando a correspondência entre uma palavra de estímulo e outra de uma lista de escolha múltipla	Cristalizada
Memória verbal	Recuperação de palavras da memória de longo prazo	Pensar no maior número possível de palavras que comecem com uma determinada letra, em, um período definido de tempo.	Parte cristalizada e parte fluida
Número	Realização de cálculos	Resolver problemas simples de adição	Cristalizada
Orientação espacial	Manipulação de objetos mentalmente em espaço bidimensional	Selecionar exemplos de figuras em rotação que correspondam à figura de estímulo	Fluida
Raciocínio indutivo	Identificação de padrões e inferência de princípios e de regras para resolver problemas lógicos	Completar uma sequência de letras	Fluida
Rapidez perceptual	Fazer discriminações rápidas e precisas entre estímulos visuais	Identificar imagens correspondentes ou não-correspondentes piscadas em uma tela de computador	Fluida

Fonte: Schaie, 1989; Willis e Schaie, 1999.

Figura 15-2
Mudanças longitudinais em seis habilidades mentais básicas, de 25 a 67 anos.

(Fonte: Schaie, 1994: reproduzido em Willis e Schaie, 1999, p. 237.)



Apesar das amplas diferenças individuais, a maioria dos participantes no estudo de Seattle não apresentaram redução significativa na maioria das habilidades até depois dos 60 anos, e mesmo então não em todas ou sequer na maioria das áreas. Praticamente ninguém declinou em todos os aspectos, e muitas pessoas melhoraram em algumas áreas (Schaie, 1994). Coerente com pesquisas anteriores, gerações sucessivas obtiveram pontuação progressivamente mais alta nas mesmas idades no raciocínio, na orientação espacial e nas habilidades verbais. Entretanto, entre os nascidos no pós-guerra (1946-1965) atualmente na meia-idade, o vocabulário apresentou menor aperfeiçoamento do que nas coortes anteriores, e (como em estudos anteriores) a capacidade numérica diminuiu (Willis e Schaie, 1999; ver Figura 15-3). Essas tendências de coorte sugerem que a sociedade norte-americana pode estar se aproximando de um limite nos aperfeiçoamentos nas habilidades cognitivas básicas atribuíveis à educação e aos estilos de vida saudáveis (Schaie, 1990).

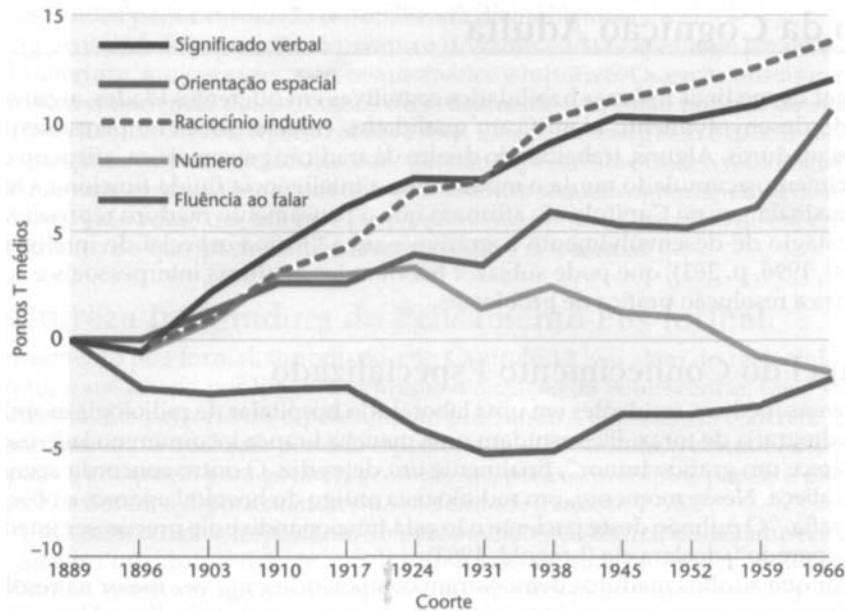


Figura 15-3

Diferenças de coorte na pontuação obtida em testes de inteligência. Em um grupo com ano médio de nascimento entre 1889 e 1966, coortes mais recentes obtiveram pontuações mais altas em raciocínio indutivo, em significado verbal e em orientação espacial. A capacidade com números apresentou declínio.

(Fonte, 1994.)

Pesquisas anteriores (Cattell, 1965; Horn, 1967, 1968, 1970, 1982a, 1982b; Horn e Hofer, 1992) distinguiram dois aspectos da inteligência - *fluida* e *cristalizada*. A **inteligência fluida** é a capacidade de aplicar as faculdades mentais a novos problemas que exigem pouco ou nenhum conhecimento prévio. Ela envolve a percepção de relações, a formação de conceitos e a extração de inferências. Essas capacidades, que são amplamente determinadas pela condição neurológica, tendem a declinar com a idade. A **inteligência cristalizada** é a capacidade de recordar e de utilizar informações adquiridas durante uma vida inteira. Ela é medida por testes de vocabulário, pela cultura geral e pelas respostas a situações e a dilemas sociais. Essas habilidades, que dependem sobretudo da educação e da experiência cultural, mantêm-se ou até se aperfeiçoam com a idade.

Tipicamente, constatou-se que a inteligência fluida atinge o máximo durante os primeiros anos da vida adulta, ao passo que a inteligência cristalizada melhora durante a meia-idade e muitas vezes até perto do fim da vida (Horn, 1982a, 1982b, Horn e Donaldson, 1980). Contudo, grande parte dessa pesquisa foi transversal e pode, portanto, pelo menos em parte, refletir mais diferenças de geração do que mudanças com a idade.

As descobertas sequenciais do estudo de Seattle foram um pouco diferentes. Embora as habilidades fluidas realmente tenham declinado mais cedo do que as habilidades cristalizadas, as perdas em habilidades fluidas (como raciocínio indutivo e orientação espacial) não se estabeleceram antes de meados de 60 anos, e nas habilidades, somente aos 70 ou 80 anos (Willis e Schaie, 1999).

Uma habilidade fluida que realmente atinge o máximo cedo, a partir dos 20 anos, é a velocidade perceptual. Os adultos podem compensar as perdas nessa capacidade neurológica básica através de ganhos em áreas afetadas pelo aprendizado e pela experiência - habilidades de ordem superior necessárias para uma vida independente e produtiva. As melhorias nessas habilidades cristalizadas podem estar relacionadas com o desenvolvimento da carreira e com o exercício de responsabilidades adultas. Avanços na memória verbal durante a meia-idade são especialmente notáveis, pois a perda de memória é uma grande preocupação para muitas pessoas nessa faixa etária. Considerando-se o alto desempenho da maioria das pessoas de meia-idade nessa área a evidência objetiva de deficiência de memória substancial em pessoas com menos de 60 anos pode indicar um problema neurológico (Willis e Schaie, 1999).

inteligência fluida

Tipo de inteligência, proposto por Horn e Cattell, que é aplicada a novos problemas e é relativamente independente das influências educacionais e culturais. Compare com *inteligência cristalizada*.

inteligência cristalizada

Tipo de inteligência, proposto por Horn e Cattell, que envolve a capacidade de recordar e de utilizar informações adquiridas; ela depende sobretudo da educação e da experiência cultural. Compare com *inteligência fluida*.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir os resultados do Estudo Longitudinal de Seattle referentes às mudanças nas habilidades mentais básicas na meia-idade?
- ✓ Distinguir inteligência fluida e cristalizada e dizer como elas são afetadas pela idade?

O Caráter Distinto da Cognição Adulta



Indicador

5. Adultos maduros não pensam da mesma maneira que pessoas mais jovens?

Em lugar de medir as mesmas habilidades cognitivas em diferentes idades, alguns analistas do desenvolvimento identificam qualidades características no pensamento de adultos maduros. Alguns, trabalhando dentro da tradição psicométrica, afirmam que o conhecimento acumulado muda o modo como a inteligência fluida funciona. Outros, como assinalamos no Capítulo 13, afirmam que o pensamento maduro representa um novo estágio de desenvolvimento cognitivo - uma "forma especial de inteligência" (Sinnott, 1996, p. 361), que pode subjazer habilidades maduras interpessoais e contribuir para a resolução prática de problemas.

O Papel do Conhecimento Especializado

Dois jovens médicos residentes em uma laboratório hospitalar de radiologia examinam uma radiografia de tórax. Eles estudam uma mancha branca incomum no lado esquerdo. "Parece um grande tumor", finalmente um deles diz. O outro concorda acenando com a cabeça. Nesse momento, um radiologista antigo do hospital aparece e observa a radiografia. "O pulmão deste paciente não está funcionando e ele precisa ser imediatamente operado", declara ele (Lesgold, 1983).

Por que adultos maduros demonstram competência cada vez maior na resolução de problemas em seus campos de trabalho? A resposta, segundo William Hoyer e colaboradores (Hoyer e Rybash, 1994; Rybash, Hoyer e Roodin, 1986), está no conhecimento especializado, uma forma de inteligência cristalizada. Avanços no conhecimento especializado, segundo Hoyer, continuam pelo menos durante a idade adulta e são relativamente independentes da inteligência geral e de quaisquer declínios nos mecanismos cerebrais de processamento de informações. Assim, embora pessoas de meia-idade possam levar um pouco mais de tempo do que pessoas mais jovens para processar novas informações, elas mais do que compensam quando resolvem problemas em suas áreas com o julgamento desenvolvido a partir da experiência.

Em um estudo (Ceci e Liker, 1986), os pesquisadores identificaram 30 homens de meia-idade e mais velhos que eram fãs de corridas de cavalo. Baseado na habilidade em identificar vencedores, os pesquisadores dividiram os homens em dois grupos: "especialistas" e "não-especialistas". Os especialistas utilizavam um método mais sofisticado de raciocínio, incorporando interpretações de diversas informações interrelacionadas, ao passo que não-especialistas utilizavam métodos mais simples e menos bem-sucedidos. O raciocínio superior não estava relacionado com o QI; não houve diferença significativa na inteligência média medida entre os dois grupos, e especialistas com baixo QI utilizavam mais raciocínio complexo do que não-especialistas com QI superior.

De modo semelhante, em um plano muito mais importante, Gandhi, um homem que dizia ter inteligência abaixo da média, formulou uma solução de especialista para o problema aparentemente insolúvel de dar poder a um povo impotente para conquistar a independência.

Hoyer explica esses paradoxos através do conceito de **encapsulamento**. Com a experiência, sugere Hoyer, o processamento de informações e habilidades fluidas torna-se *encapsulado* ou dedicado a tipos específicos de conhecimento, facilitando o acesso, a expansão e

encapsulamento

Na terminologia de Hoyer, dedicação progressiva do processamento de informações e do pensamento fluido a sistemas de conhecimento específicos, facilitando o acesso a ele.



A capacidade de interpretar radiografias, como em muitos outros campos, depende de conhecimento especializado acumulado, o qual continua aumentando com a idade. Peritos costumam parecer guiados pela intuição e não sabem explicar como chegam às conclusões.

a utilização desse conhecimento. Em outras palavras, o encapsulamento "capta" habilidades fluidas para a resolução especializada de problemas.

O pensamento especializado, como o do radiologista experiente em nosso exemplo de abertura, muitas vezes, parece automático e intuitivo. Os especialistas geralmente não têm consciência dos processos de pensamento que estão por trás de suas decisões (Dreyfus, 1993-1994; Rybash et al., 1986). Eles não conseguem explicar facilmente como chegam a uma conclusão ou onde um não-especialista errou: o radiologista experiente não conseguia entender por que os residentes sequer cogitariam diagnosticar um pulmão parado como um tumor. Esse pensamento intuitivo, baseado na experiência, é característico do que foi denominado pensamento pós-formal.

A Natureza Integradora do Pensamento Pós-formal

O pensamento pós-formal, introduzido no Capítulo 13, vai além do raciocínio formal abstrato, considerado por Piaget a suprema realização da adolescência. Ele é subjetivo e relativista. Ele personaliza o pensamento utilizando a experiência concreta. Embora não seja limitado a qualquer período específico da idade adulta, o pensamento pós-formal parece adequado para as tarefas complexas, para os múltiplos papéis e para as escolhas e os desafios desorientadores da meia-idade (Sinnott, 1998).

Uma característica importante do pensamento pós-formal é sua natureza *integradora*. Adultos maduros integram a lógica à intuição e à emoção; integram fatos e idéias conflitantes; integram novas informações ao que já sabem. Interpretam o que lêem, vêem ou ouvem em termos de seu significado para eles. Em vez de aceitar alguma coisa por seu valor aparente, eles a filtram através de sua experiência de vida e de sua aprendizagem prévia.

Em um estudo (Adams, 1991), pediu-se a jovens que estavam no início e final da adolescência e a adultos de meia-idade e mais velhos que resumissem um conto Sufi didático. Na narrativa, um arroio não conseguia atravessar um deserto até que uma voz lhe disse para soltar-se ao vento que este o levaria; o arroio duvidou, mas por fim aquiesceu, e o vento o levou para o outro lado. Os adolescentes recordavam-se de mais detalhes da narrativa do que os adultos, mas seus resumos em grande parte limitavam-se à repetição do enredo. Os adultos, principalmente as mulheres, apresentavam resumos repletos de interpretações, integrando o que estava no texto ao significado psicológico e metafórico que isso tinha para eles, como na seguinte resposta de uma pessoa de 39 anos:

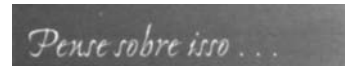
Creio que o que essa história estava tentando dizer era que existe ocasiões em que qualquer pessoa precisa de ajuda e que, às vezes, precisa mudar para alcançar seus objetivos. Algumas pessoas podem resistir à mudança por muito tempo até perceberem que algumas coisas estão além de seu controle e que precisam de auxílio. Quando isso é por fim compreendido e elas são capazes de aceitar a ajuda e confiança de alguém, são capazes de dominar coisas tão grandes quanto um deserto, (p. 333)

A sociedade beneficia-se com essa característica integradora do pensamento adulto. Geralmente são adultos maduros que, como Gandhi, se tornam líderes morais e espirituais (ver Quadro 15-2) e que traduzem seu conhecimento sobre a condição humana em histórias inspiradoras às quais as gerações mais jovens podem recorrer em busca de orientação. O pensamento pós-formal também pode ajudar a resolver problemas práticos.

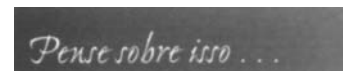
Resolução Prática de Problemas

Será que decidir o que fazer a respeito de um porão inundado exige o mesmo tipo de inteligência que brincar de jogos com palavras? A capacidade de resolver problemas práticos é afetada pela idade? Muitas pesquisas sobre resolução prática de problemas não constatarem os declínios às vezes vistos nas medidas de inteligência fluida, e algumas pesquisas constatarem acentuada melhora, pelo menos durante a meia-idade (Berg e Klaczynski, 1996).

Em diversos estudos, a qualidade das decisões práticas (como que automóvel adquirir, que tipo de tratamento fazer para câncer de mama, quanto dinheiro alocar para um plano de aposentadoria ou como comparar sistemas de seguro) tinham uma rela-



- Se você precisasse de uma cirurgia, você preferiria consultar um médico de meia-idade ou outro consideravelmente mais velho ou mais jovem? Por quê?



- O que você acha que é necessário para ser um líder moral?



Aperfeiçoando o Conhecimento

Quadro 15-2

Liderança Moral na Idade Adulta e na Velhice

O que faz com que uma mãe solteira com quatro filhos pequenos, sem dinheiro e com ensino médio incompleto, dedique sua vida ao trabalho missionário religioso em nome de seus vizinhos igualmente pobres? O que leva um pediatra a dedicar grande parte de sua prática ao cuidado de crianças pobres em vez de atender pacientes cujos pais poderiam proporcionar-lhe uma renda lucrativa?

Em meados da década de 1980, dois psicólogos, Anne Colby e William Damon, buscaram respostas para perguntas como essas. Durante dois anos eles empreenderam uma busca por pessoas que apresentavam excelência moral incomum em suas vidas cotidianas. Os pesquisadores posteriormente identificaram 23 "exemplos morais", entrevistaram-nos em profundidade e estudaram como eles haviam tornado-se líderes morais (Colby e Damon, 1992).

Para encontrar exemplos morais, Colby e Damon trabalharam com uma equipe de 22 "especialistas em nomeação", pessoas que em suas vidas profissionais pensam sobre idéias morais regularmente: filósofos, historiadores, pensadores religiosos, e assim por diante. Os pesquisadores formularam cinco critérios: comprometimento constante com princípios que demonstram respeito pela humanidade; comportamento condizente com ideais próprios; disposição de pôr em risco os próprios interesses; inspirar a ação moral nos outros; humildade ou falta de preocupação com o próprio ego.

Os exemplos escolhidos variam amplamente em idade, educação, ocupação e etnicidade. Havia 10 homens e 13 mulheres, de 35 a 86 anos, de origem branca, afro-americana e hispânica. O nível de instrução variou da oitava série ao mestrado, ao doutorado e a títulos em direito; e as ocupações incluíam vocações religiosas, administração, ensino e liderança social. As áreas de interesse envolviam pobreza, direitos civis, educação, ética, ambiente, paz e liberdade religiosa.

A pesquisa produziu diversas surpresas, entre as quais os resultados obtidos por esse grupo no clássico teste de julgamento moral de Kohlberg. A cada um dos indivíduos indagou-se sobre o "dilema de Heinz" (ver Capítulo 11) e outro dilema conseqüente: como o homem deveria ser punido se roubasse o medicamento. Dos 22 indivíduos (uma das respostas não pôde ser pontuada), apenas a metade atingiu o nível pós-convencional; os outros 50% ficaram no nível convencional. A principal diferença entre os dois grupos foi a de nível de instrução: aqueles que possuíam títulos universitários e elevados eram muito mais propensos a obter escores mais altos, e ninguém que tivesse apenas um diploma de segundo grau situou-se acima do nível convencional. Não resta dúvida de que não é necessário

alcançar os níveis mais altos de Kohlberg para viver uma vida moral exemplar.

Como uma pessoa desenvolve comprometimento moral? Os 23 exemplos morais não se desenvolveram isoladamente, mas responderam a influências sociais. Algumas dessas influências, como as dos pais, foram importantes desde a infância. Muitas outras influências tornaram-se significativas em anos posteriores, ajudando essas pessoas a avaliarem suas capacidades, a estabelecer objetivos morais e a desenvolver estratégias para alcançá-los.

Esses exemplos morais tinham um compromisso vitalício com a mudança: eles concentravam sua energia na mudança da sociedade e na vida das pessoas para melhor. Mas eles permaneciam estáveis em seus compromissos morais. Ao mesmo tempo, continuaram desenvolvendo-se durante toda a vida, permaneceram abertas a novas idéias e continuaram aprendendo com os outros.

Os processos responsáveis pela estabilidade nos compromissos morais eram graduais, levando muitos anos para se formar. Além disso, eles eram cooperativos: os líderes se aconselhavam com partidários, e as pessoas com julgamento independente utilizavam muito o retorno de pessoas próximas - tanto de pessoas com os mesmos objetivos como de outras que tinham perspectivas diferentes.

Juntamente com seus comprometimentos morais duradouros, algumas características de personalidade pareciam permanecer com os exemplos morais durante a maturidade e a velhice: aproveitamento da vida, capacidade de fazer o melhor de uma má situação, solidariedade com os outros, absorção no trabalho, senso de humor e humildade. Elas tendiam a acreditar que a mudança era possível, e esse otimismo as ajudava a combater o que, muitas vezes, parecia má sorte e a persistir em face da derrota.

Embora suas ações, muitas vezes, significassem risco e adversidade, essas pessoas não se consideravam corajosas. Nem se angustiavam com as decisões. Uma vez que suas metas pessoais e morais coincidiam, elas só faziam o que achavam que deveria ser feito, sem calcular as conseqüências pessoais para si mesmas ou para suas famílias e sem sentir que estavam se sacrificando ou martirizando.

Evidentemente, não existe um "modelo" para criar um gigante moral, assim como não parece possível formular instruções para produzir um gênio em qualquer campo. O que o estudo da vida dessas pessoas pode trazer é saber que pessoas comuns podem alcançar a grandeza e que a receptividade à mudança e a novas idéias pode persistir durante a idade adulta.

ção apenas modesta, quando muito, com o desempenho em tarefas como as dos testes de inteligência (Johnson, Schmitt e Everard, 1994; Meyer, Russo e Talbot, 1995) e, muitas vezes, nenhuma relação com a idade (Capon, Kuhn e Carretero, 1989; Johnson, 1990; Meyer et al., 1995; Walsh e Hershey, 1993). Em outros estudos, a resolução de problemas se aperfeiçoava com a idade (Cornelius e Caspi, 1987; Perlmutter, Kaplan e Nyquist, 1990).

Em um estudo (Denney e Palmer, 1981), 84 adultos de 20 a 79 anos receberam dois tipos de problemas. Um deles assemelhava-se ao jogo de Vinte Perguntas. Os participantes viam fotografias de objetos comuns e deveriam adivinhar em qual delas o examinador estava pensando, fazendo perguntas que pudessem ser respondidas com "sim" ou "não". Quanto mais velhos eram os participantes, pior era seu desempenho nessa parte do teste. O segundo tipo de problema envolvia situações como a seguinte: *O porão de sua casa está inundado; ou você está em um carro emperrado durante uma tempestade de neve; ou ainda seu filho de 8 anos de idade está uma hora e meia atrasado para chegar em casa depois da escola.* Atribuíam-se altos escores às respostas que demonstrassem autoconfiança e reconhecimento de diversas causas e soluções possíveis. Segundo esses critérios, as pessoas mais capazes de resolver problemas estavam em seus 40 ou 50 anos e baseavam suas respostas na experiência diária.

Um estudo de seguimento propôs problemas com os quais os idosos estariam especialmente familiarizados (relativos à aposentadoria, à viuvez e à má saúde), mas aqueles que estavam nos 40 anos ainda encontravam soluções melhores (Denney e Pearce, 1989). Entretanto, em outros estudos em que os problemas eram reais em vez de hipotéticos, eram mencionados pelos próprios participantes e nos quais as soluções eram classificadas pela qualidade mais do que pela quantidade, a capacidade de resolução de problemas *não* parecia diminuir após a meia-idade (Camp, Doherty, Moody-Thomas e Denney, 1989; Cornelius e Caspi, 1987).

O que explica essas discrepâncias? Como vimos, existem diferenças nos tipos de problemas estudados pelos pesquisadores, na ligação desses problemas com a vida real e nos critérios utilizados para classificar as soluções. Além disso, diferenças individuais - por exemplo, no nível de instrução - podem afetar o modo como as pessoas percebem e resolvem problemas (Berg e Kłaczynski, 1996; Blanchard-Fields, Chen e Norris, 1997).

Alguns estudos concentram-se em problemas *instrumentais* ou atividades da vida diária, como ler um mapa ou o rótulo de um medicamento. Essas capacidades estão intimamente ligadas à inteligência fluida e apresentam declínio com a idade (ver Capítulo 17). Os declínios podem ocorrer mais cedo em pessoas com velocidade perceptual particularmente lenta (Willis e Schaie, 1999; Willis et al., 1998).

Em contraste, estudos como os recém-descritos tratam principalmente de problemas *sociais*. Esses estudos sugerem que pessoas de idades diferentes interpretam os problemas de forma distinta e identificam tipos diferentes de soluções como efetivas. Quando os problemas têm relação com a vida e com os sentimentos de adultos mais velhos, os participantes apresentam pensamento mais complexo (Berg e Kłaczynski, 1996). Nesse tipo de problema, tanto adultos de meia-idade como mais velhos tendem a se sair melhor do que adultos mais jovens; eles têm repertórios mais extensos e variados de estratégias para aplicar a diferentes situações (Blanchard-Fields et al., 1997).

Uma coisa parece clara: pessoas de meia-idade tendem a ter grande capacidade para resolver problemas práticos. Se a função da inteligência é lidar com problemas da vida real, como fez Gandhi, as virtudes do pensamento maduro na meia-idade são evidentes.

VERIFICADOR

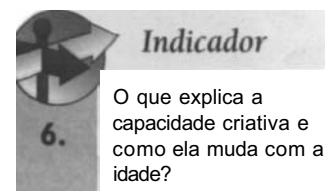
Você é capaz de ...

- ✓ Discutir a relação entre conhecimento especializado e inteligência fluida e cristalizada?
- ✓ Explicar por que o pensamento pós-formal parece especialmente adequado para a resolução de problemas sociais tipicamente encontrados na meia-idade?
- ✓ Dar um exemplo de pensamento integrador?
- ✓ Identificar dois tipos de resolução prática de problemas e descrever como a idade afeta-os?

Criatividade

Aproximadamente aos 40 anos, Frank Lloyd Wright projetou a Robie House em Chicago, Agnes deMille coreografou o musical da Broadway *Carousel*, e Louis Pasteur desenvolveu a teoria dos germes como causadores de doenças. Charles Darwin tinha 50 anos quando apresentou sua teoria da evolução. Toni Morrison venceu o Prêmio Pulitzer por *Beloved*, romance escrito aproximadamente aos 55 anos.

A criatividade começa com o talento, mas talento não é tudo. As crianças podem demonstrar *potencial criativo*, mas, nos adultos, o que conta é o *desempenho criativo*: o que e quanto uma mente criativa produz (Sternberg e Lubert, 1995). O desempenho criativo, diz Howard Gardner (1986, 1988), é o produto de uma teia de forças biológicas, pessoais, sociais e culturais, e é difícil determinar com exatidão capacidades e processos cognitivos que contribuem para isso. Podemos observar *o que* pessoas criativas fazem, mas exatamente *como* elas o fazem continua sendo, em grande medida, um mistério.





- Pense em um adulto criativo que você conhece. A que combinação de qualidades pessoais e forças ambientais você atribuiria o desempenho criativo dele ou dela?

Segundo uma análise (Keegan, 1996), o desempenho criativo extraordinário resulta do conhecimento profundo e altamente organizado de uma pessoa; da motivação intrínseca para se esforçar pelo trabalho em si, e não por recompensas externas; de uma forte ligação emocional com o trabalho, a qual estimula o criador a perseverar diante dos obstáculos. O que leva gigantes criativos como Einstein e Picasso "a superarem o limiar do pensador competente, mas comum para um pensador extraordinário e criativo" (p. 63) é a aquisição de conhecimento especializado - processo que leva muitos anos. Uma pessoa precisa primeiro estar totalmente estabelecida em um campo para poder ver suas limitações, imaginar desvios radicais e desenvolver um ponto de vista novo e singular.

Evidentemente, nem todos os especialistas são criadores brilhantes. Pessoas altamente criativas têm iniciativa própria (Torrance, 1988). Elas possuem forte senso de propósito e de direção e conseguem lidar com várias idéias ou projetos ao mesmo tempo (Gardner, 1981). Seus processos de pensamento costumam ser inconscientes e originais, levando a momentos repentinos de iluminação (Torrance, 1988). Como Gandhi, elas examinam um problema com mais profundidade do que outras pessoas e encontram soluções que não ocorrem aos outros (Stenberg e Horvath, 1998).

Criatividade e Inteligência

A criatividade não se limita aos Darwins e deMilles; podemos identificá-la, por exemplo, em um inventor que cria uma ratoeira mais eficiente ou em um promotor que descobre uma forma inovadora de vendê-la. Segundo Robert Sternberg (Sternberg e Lubart, 1995), três aspectos da inteligência (ver Capítulos 9 e 13) desempenham um papel no desempenho criativo.

O componente de *insight* (ou experiencial), ajuda a definir o problema ou a vê-lo sob nova perspectiva. Pessoas criativas demonstram entendimento especial de três maneiras: (1) elas selecionam as informações pertinentes ao problema - muitas vezes, informações que ninguém pensou em considerar; (2) "comparam as coisas", identificando relações entre informações aparentemente desvinculadas; (3) vêem analogias entre um novo problema e outro que já encontraram. Essas capacidades não aparecem plenamente desenvolvidas; elas se tornam mais eficientes com a experiência e com o conhecimento (Sternberg e Horvath, 1998). Em um clássico estudo longitudinal com estudantes de arte (Geetzels e Csikszentmihalyi, 1968, 1975, 1976), aqueles que, por sua seleção e por seu ordenamento de objetos para uma natureza morta, propuseram a si os problemas artísticos mais incomuns e complexos para resolver eram aqueles cujas obras foram julgadas por especialistas em arte como as melhores e mais originais e que posteriormente foram mais bem-sucedidas no campo.

O componente *analítico* da inteligência sabe avaliar uma idéia e decidir se vale a pena persegui-la. James D. Watson, biólogo molecular ganhador do Prêmio Nobel pela descoberta da estrutura do DNA, foi descrito por um de seus alunos de graduação na Universidade de Harvard como possuidor de "um instinto incrível para detectar o problema importante, para aquilo que conduz aos melhores resultados. Ele parece... extrair-lo do ar rarefeito".

O aspecto *prático* da inteligência entra em jogo ao "vender" uma idéia - fazê-la ser aceita. Thomas Edison detinha mais de mil patentes por suas invenções, criou diversas empresas para comercializá-las e tinha talento para fazer seu nome e sua fotografia aparecerem nos jornais. Esse aspecto prático pode ser o mais forte na meia-idade.



A criatividade começa com o talento, mas talento não é tudo. A autora Toni Morrison, ganhadora do Prêmio Nobel de literatura em 1993, trabalhou intensamente durante toda a sua carreira. Suas realizações são exemplos da produtividade criativa possível na meia-idade.

(Ulf Andersen/Gamma-Liaison)

Criatividade e Idade

Existe uma relação entre desempenho criativo e idade? Em testes psicométricos do pensamento divergente (ver Capítulo 9), diferenças de idade aparecem de forma constante. Quer os dados sejam transversais, quer em média, as pontuações atingem o máximo em torno do final dos 30 anos. Uma curva de idade semelhante aparece quando a criatividade é medida por variações de produção (número de publicações, pinturas ou composições). Uma pessoa na última década de uma carreira criativa tipicamente produz apenas a metade do que produzia ao final dos 30 e início dos 40, embora um pouco mais do que aos 20 anos (Simonton, 1990).

Entretanto, a curva de idade varia conforme o campo. Poetas, matemáticos e físicos teóricos tendem a ser mais prolíficos ao final dos 20 ou início dos 30 anos. Psicólogos atingem o máximo em torno dos 40, ocorrendo, então, um moderado declínio. Romancistas, historiadores, filósofos e estudiosos se tornam cada vez mais produtivos durante o final dos 40 ou 50 anos e depois se estabilizam. Esses padrões aplicam-se a diversas culturas e a diferentes períodos históricos (Simonton, 1990).

Perdas de produtividade podem ser compensadas por ganhos em qualidade; a maturidade muda o tom e o conteúdo do trabalho criativo. Análises dos temas de peças gregas e shakespearianas indicam uma transição da preocupação juvenil com o amor e com o romance para preocupações mais espirituais (Simonton, 1983, 1986). Um estudo dos "cantos dos cisnes" de 172 compositores constatou que suas últimas obras - geralmente bastante curtas e melodicamente simples - estavam entre as mais ricas, as mais importantes e as mais bem-sucedidas (Simonton, 1989).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir a relação entre potencial criativo e desempenho criativo e citar algumas qualidades das pessoas criativas?
- ✓ Resumir a relação entre desempenho criativo e idade?

Trabalho e Educação: Os Papéis Baseados em Idade Estão Obsoletos?

A estrutura de vida tradicional nas sociedades industrializadas é algo **diferenciado por idade**: as funções baseiam-se na idade (como no canto esquerdo da Figura 15-4). Os jovens estudam; adultos jovens e de meia-idade trabalham; adultos mais velhos organizam suas vidas em torno da aposentadoria e do lazer. Mas, como a gerontologista Matilda White Riley (1994) observou,

... essas estruturas deixam de conciliar muitas das mudanças na vida das pessoas. Afinal, faz sentido passar quase um terço da vida adulta na aposentadoria? Ou comprimir a maior parte do trabalho nos anos intermediários? Ou rotular de "velhas demais" pessoas de apenas 55 anos que querem trabalhar? Faz sentido pressupor que...idosos fisicamente capazes - cujo número é estimado em 40 milhões no próximo século - devem esperar mais auxílio da sociedade do que contribuir para ela?... Com certeza, alguma coisa terá que mudar! (p. 445)

Segundo Riley, funções diferenciadas por idade são um remanescente de uma época em que a vida era mais curta e as instituições sociais menos diversas. Ao dedicarem-se a um aspecto da vida por vez, as pessoas não usufruem de cada período tanto quanto poderiam e podem não se preparar adequadamente para a fase seguinte. Concentrando-se no trabalho, adultos podem desaprender de brincar; depois, quando se aposentam, podem não saber o que fazer com uma abundância repentina de tempo livre. É cada vez maior o número de adultos mais velhos (como Gandhi em seus últimos anos) que são capazes de contribuir para a sociedade (ver Capítulos 17 e 18), mas as oportunidades de utilizar e de recompensar suas capacidades são insuficientes.

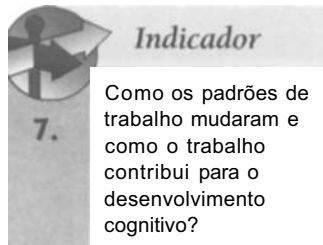
Em um contexto social **integrado pela idade** (como no canto direito da Figura 15-4), todos os tipos de funções - aprender, trabalhar e brincar - estariam abertas a adultos de todas as idades (Riley, 1994). Elas poderiam intercalar períodos de educação, de trabalho e de lazer durante toda a vida. As coisas parecem estar se encaminhando nessa direção. Estudantes universitários participam de programas de trabalho e de estudo ou interrompem seus estudos temporariamente para depois continuar. Adultos fazem cursos noturnos ou utilizam parte do tempo de trabalho para perseguir um interesse especial. Uma pessoa pode ter diversas carreiras sucessivas, cada uma delas exigindo educação ou treinamento adicional. As pessoas aposentam-se mais cedo ou mais tarde do que no passado, ou não se aposentam nunca. Os aposentados dedicam-se aos estudos ou a uma nova linha de trabalho.

diferenciado por idade

Estrutura de vida em que as funções básicas - aprender, trabalhar e lazer - baseiam-se na idade; típica nas sociedades industrializadas. Compare com *integrado pela idade*.

integrado pela idade

Estrutura de vida em que as principais funções - aprender, trabalhar e lazer - estão abertas para adultos de todas as idades e podem ser intercaladas durante todo o ciclo de vida. Compare com *diferenciado pela idade*.



A maioria das pesquisas existentes sobre educação, trabalho, lazer e aposentadoria reflete o modelo antigo, diferenciado por idade, dos papéis sociais e das coortes cujas vidas elas descrevem. Com a emergência da "integração pela idade", as futuras coortes poderão ter experiências e atitudes muito diferentes. Com essa reserva em mente, vamos examinar o trabalho e a educação na idade adulta.

Padrões e Trajetórias Ocupacionais: Estáveis ou Transitórios

As primeiras teorias do desenvolvimento profissional refletiam um padrão estável, principalmente de classe média. A influente teoria de Donald Super (1957, 1985) descrevia uma progressão ordenada de etapas, desde a experimentação com empregos para iniciantes no início dos 20 anos, o compromisso com um objetivo profissional no final dos 20 anos, consolidação e manutenção de nossa posição nos 30 e 40, até a preparação e o ingresso na aposentadoria nos 50 e 60 anos.

Super desenvolveu sua teoria em uma época na qual poucas mulheres trabalhavam fora de casa e em que as decisões feitas no início da idade adulta geralmente definiam toda a vida de trabalho de um homem. Hoje, a maioria das mulheres estão na força de trabalho, e as mudanças tecnológicas e as perturbações resultaram em dispensas, obsolescência e mudanças de emprego ou de carreira. Ocupações que envolviam milhões de pessoas não existem mais; ocupações que poderão envolver milhões de pessoas no futuro ainda precisam ser imaginadas. Até no Japão, onde um profissional tinha garantido o mesmo emprego por toda a vida, apenas um quinto deles atualmente dispõe dessa garantia (Desmond, 1996).

A aposentadoria compulsória foi praticamente eliminada, mas a redução no tamanho das empresas, os planos de aposentadoria empresariais e outros incentivos desencadearam uma tendência para a aposentadoria precoce aos 40 ou 50 anos. Por outro lado, muitos dos profissionais de meia-idade e mais velhos de hoje - apanhados entre economias ou aposentadorias insuficientes e um sistema de seguridade social sobrecarregado, ou simplesmente não querendo abrir mão do estímulo do trabalho - estão preferindo não se aposentar ou tentar uma nova linha de trabalho (ver Capítulo 18).

Em uma sociedade sob profundas transformações, as decisões profissionais, com frequência, não são definitivas. Uma teoria que procura captar o caráter dinâmico do desenvolvimento vocacional é a de Eli Ginzberg (1972). Após o exame das histórias ocupacionais de homens e de mulheres de uma ampla variedade de procedências, Ginzberg concluiu que as trajetórias profissionais enquadram-se em um de dois padrões: *estável* ou *transitória*.

Pessoas com padrões profissionais *estáveis* permanecem com uma única ocupação e, na meia-idade, costumam alcançar posições de poder e de responsabilidade. Homens de meia-idade com carreiras estáveis tendem a ser "viciados em trabalho" ou "acostumados" (Tamir, 1989). Os viciados em trabalho trabalham em ritmo frenético, seja como um esforço desesperado para obter segurança financeira antes de se aposentar ou como indício de dificuldade em abrir mão da autoridade. Pessoas "acostumadas" conseguiram conciliar-se com seu nível de desempenho, mesmo que não tenham ido tão longe quanto esperavam. As mais adaptadas entre elas possuem um senso de relaxamento

mais do que de fracasso. Elas costumam ser mais felizes, menos cínicas e mais estáveis no temperamento do que seus equivalentes mais bem-sucedidos. Embora desejem trabalhar de maneira instigante, não vinculam seu bem-estar emocional ao trabalho como costumavam fazer antes (Bray e Howard, 1983).

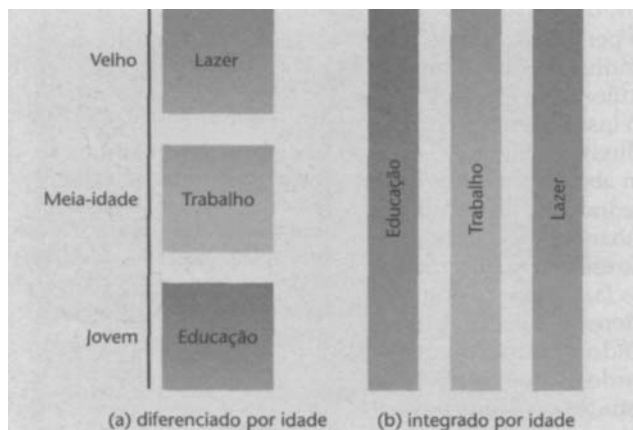


Figura 15-4

Estruturas Sociais Contrastantes

(a) Estrutura tradicional diferenciada por idade, típica de sociedades industrializadas. Funções de educação, trabalho e lazer são sobretudo "atribuídas" a diferentes fases da vida.

(b) Estrutura integrada por idade, que distribuiria todos os três tipos de funções ao longo de todo o ciclo de vida adulto e ajuda a romper as barreiras sociais entre as gerações.

(Fonte: M.W. Riley, 1994, p. 445.)

Em vez de consolidar sua escolha ocupacional inicial, as pessoas que seguem o padrão *transitório* tentam alcançar uma melhor correspondência entre o que sabem fazer, o que querem e esperam de seu trabalho e o que estão recebendo dele. Essa reavaliação pode ocasionar mudanças de profissão, como ocorreu com Gandhi quando ele abriu mão de uma movimentada prática de advocacia na cidade para se dedicar à agricultura coletiva e a se preparar para a liderança moral e política.

As pessoas podem mudar de carreira em qualquer momento da idade adulta, mas a meia-idade, com suas alterações nas responsabilidades familiares e nas necessidades financeiras, é uma época típica para isso. Uma vez que menos mulheres de meia-idade e mulheres mais velhas trabalham durante a idade adulta, sua tendência para apresentar o padrão estável é menor e, quando o fazem, elas podem alcançar as etapas tradicionais do desenvolvimento profissional mais tarde do que os homens costumam fazer (Avolio e Sosik, 1999).

Trabalho e Desenvolvimento Cognitivo

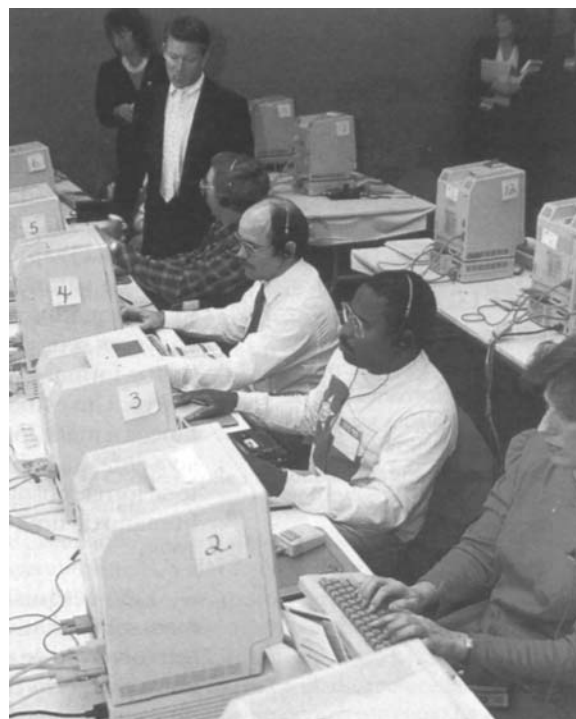
O ditado "use ou perca" aplica-se à mente tanto quanto ao corpo. O trabalho pode influenciar o futuro funcionamento cognitivo. Arquitetos de meia-idade, por exemplo, tendem a conservar a capacidade de visualizar relações espaciais por mais tempo do que pessoas de outros campos (Salthouse, Babcock, Mitchell, Skrovronek e Palmon, 1990).

Alguns tipos de trabalho reforçam as habilidades cognitivas. Como discutimos no Capítulo 13, pessoas com trabalho consideravelmente complexo - trabalhos que exigem pensar e julgar de forma independente, como criar novos programas de computador - tendem a se tornar pensadores mais flexíveis, e o pensamento flexível aumenta a capacidade de realizar um trabalho complexo (Kohn, 1980). Graças a esse ciclo cumulativo de experiência - e o conhecimento que o acompanha - as pessoas profundamente envolvidas em trabalho complexo tendem a apresentar desempenho cognitivo mais coeso do que seus pares à medida que envelhecem (Avolio e Sosik, 1999; Kohn e Schooler, 1983; Schaie, 1984; Schooler, 1984, 1990). Na verdade, foi estimado que até um terço da variância individual nas mudanças de capacidade cognitiva com a idade podem ser atribuíveis a fatores como educação, ocupação e condição socioeconômica (Schaie, 1990). Assim, se o trabalho fosse mais significativo e desafiador, talvez mais adultos pudessem manter ou aperfeiçoar suas habilidades cognitivas (Avolio e Sosik, 1999).

Isso parece já estar acontecendo. Os ganhos na maioria das capacidades cognitivas constatados em recentes coortes de meia-idade e mais velhas no Estudo Longitudinal de Seattle podem refletir mudanças no local de trabalho que enfatizam equipes autônomas e multifuncionais, valorizando a adaptabilidade, a iniciativa e a descentralização da tomada de decisões. Em um ambiente desse tipo, os profissionais que expandem suas habilidades, seus conhecimentos e suas competências podem obter recompensas (Avolio e Sosik, 1999).

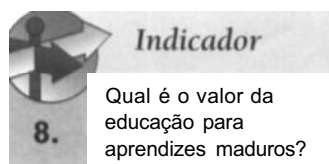
Infelizmente, pessoas de mais idade costumam candidatar-se menos e ter menos oportunidades de receber treinamento, educação e atribuições profissionais desafiadoras do que pessoas mais jovens, em função da errônea crença de que as pessoas mais velhas não são capazes de dar conta dessas oportunidades. Contudo, o estudo de Seattle constatou que os declínios na capacidade cognitiva geralmente não ocorrem até bem tarde na vida, bem depois dos anos de trabalho (ver Capítulo 17). Na verdade, o desempenho no trabalho apresenta maior variabilidade *dentro* das faixas etárias do que entre elas (Avolio e Sosik, 1999).

Estes funcionários públicos aperfeiçoando suas habilidades de computação estão entre os aproximadamente 50% de adultos dos Estados Unidos que participam de programas de educação continuada. A maioria dos adultos maduros que freqüentam cursos de um turno o fazem por motivos ligados ao emprego, tendendo a serem mais motivados do que estudantes mais jovens.



VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Explicar como uma sociedade integrada pela idade seria diferente de uma sociedade diferenciada pela idade, dando exemplos?
- ✓ Comparar as teorias de Super e Ginzberg do desenvolvimento profissional e descrever as mudanças na sociedade que correspondem às diferenças?
- ✓ Explicar como o trabalho pode influenciar o futuro desenvolvimento cognitivo?

**aprendizagem a distância**

Esquema para fazer cursos em local distante através do computador ou de transmissões radiofônicas em circuito fechado.

Pense sobre isso ...

- A partir de sua experiência, os estudantes em idade não-tradicional parecem se sair melhor ou pior na faculdade do que estudantes mais jovens? Como você explicaria sua observação?

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Explicar por que adultos maduros retornam à sala de aula e citar alguns aspectos em que as instituições educacionais podem não ser adequadas a suas necessidades?

Os adultos podem influenciar ativamente seu futuro desenvolvimento cognitivo pelas escolhas ocupacionais que fizerem. Aqueles que constantemente buscam oportunidades mais estimulantes - por exemplo, em campos novos ou em expansão, como o desenvolvimento da Internet e outras indústrias eletrônicas ou baseadas em computador - tendem a se manter mentalmente ativos (Avolio e Sosik, 1999).

O Aprendiz Maduro

Mudanças no local de trabalho costumam envolver a necessidade de treinamento ou de educação adicional. Um título universitário obtido no início dos 20 anos não será suficiente para a maioria das pessoas no futuro. Mesmo agora, muitos profissionais e aposentados retornam aos estudos. A expansão de tecnologia e as mudanças nos mercados de trabalho exigem que se encare a aprendizagem como tarefa para a toda a vida. Para muitos adultos, a aprendizagem formal é uma forma importante de desenvolver seu potencial cognitivo e de acompanhar as mudanças no mundo do trabalho. Em 1995, quase um quinto dos estudantes de nível superior tinham 35 anos ou mais (Snyder et al., 1997).

Para atender às necessidades práticas dos estudantes em idade pouco tradicional, a maioria das faculdades dão crédito à experiência de vida e à aprendizagem prévia. Elas também oferecem matrículas em turno único, aulas noturnas e aos sábados, estudos independentes, assistência infantil, auxílio financeiro, cursos gratuitos ou mais acessíveis e **aprendizagem a distância** por computador ou por transmissões em circuito fechado.

Cerca de 40% de todos os adultos participam da educação continuada, setor do sistema educacional norte-americano que mais tem crescido. Aproximadamente a metade das pessoas que fazem freqüentam de um turno o fazem por motivos ligados ao emprego (Snyder et al., 1997). Alguns buscam treinamento para atualizar seu conhecimento e suas habilidades - para acompanhar novos desenvolvimentos em seus campos e compreender e enfrentar as mudanças tecnológicas. Alguns fazem treinamento para novas ocupações quando elas tornam-se obsoletas ou quando mudam suas necessidades e seus interesses. Alguns desejam galgar degraus na carreira ou abrir seu próprio negócio. Algumas mulheres que dedicaram os primeiros anos da idade adulta ao cuidado do lar e à criação dos filhos estão dando os primeiros passos em direção ao ingresso no mercado de trabalho. Pessoas próximas da aposentadoria, muitas vezes, desejam expandir suas mentes e suas habilidades para fazer um uso mais produtivo e interessante do lazer. Alguns adultos simplesmente gostam de aprender e desejam continuar aprendendo durante toda a vida.

Infelizmente, muitas instituições de aprendizagem não estão estruturadas para atender às necessidades educacionais e psicológicas dos adultos ou para tirar proveito de suas potencialidades cognitivas. Os aprendizes adultos, por si mesmos, têm motivos, objetivos, tarefas de desenvolvimento e experiências. Instituições educacionais, como as universidades, tipicamente se estruturam em torno do modo como se espera que as pessoas mais jovens na *etapa aquisitiva* de Schaie (1977-1978; Schie e Willis, 2000) (ver Capítulo 13) aprendam. Aulas expositivas repletas de informações e ministradas por figuras de autoridade, sistemas de avaliação competitivos e ênfase na memorização não são adequados para aprendizes maduros nas etapas *responsável* ou *executiva*, que chegam com seus próprios conhecimentos e, muitas vezes, com habilidades de pensamento pós-formal e que precisam de conhecimentos que possam aplicar a problemas específicos. Um estudo cooperativo estruturado em torno de problemas ou projetos espontâneos é mais apropriado a adultos maduros. Além disso, existe o perigo de dar excessiva ênfase à aprendizagem dirigida à preparação profissional, a qual pode rapidamente se tornar obsoleta. Aprender pelo próprio aprendizado, para desenvolver o potencial humano de uma pessoa, pode ser um investimento mais prático a longo prazo (Sinnott, 1998).

As pesquisas sobre educação e trabalho - bem como sobre resolução de problemas, sobre criatividade e sobre escolhas morais - indicam que a mente continua se desenvolvendo-se durante a idade adulta. Essas pesquisas também ilustram as ligações entre o aspecto cognitivo do desenvolvimento e seus aspectos sociais e emocionais, os quais voltaremos a abordar no Capítulo 16.

Resumo

Idade Adulta: Um Constructo Cultural

Indicador 1. Quais são as características distintivas da meia-idade?

- O conceito de meia-idade é socialmente construído. Passou a ser utilizado à medida que o prolongamento do ciclo de vida trouxe novos papéis para a meia-idade.
- A extensão da idade adulta pode ser definida cronológica, contextual ou biologicamente.
- A maioria das pessoas de meia-idade possuem boa condição física, cognitiva e emocional. Elas têm muitas responsabilidades e múltiplos papéis e sentem-se competentes para dar conta deles.
- A meia-idade é uma época para fazer um balanço e tomar decisões em relação aos anos que restam.

DESENVOLVIMENTO FÍSICO

Mudanças Físicas

Indicador 2. Que mudanças físicas geralmente ocorrem durante os anos intermediários e que impacto psicológico elas têm?

- Embora algumas mudanças fisiológicas sejam resultado do envelhecimento e da constituição genética, o comportamento e o estilo de vida podem influenciar seu momento de ocorrência e sua extensão.
- A maioria dos adultos de meia-idade compensam os pequenos e graduais declínios nas capacidades sensoriais e psicomotoras, incluindo condições relacionadas com a idade, como a **presbiopia** e a **presbiacusia**, aumentos na **miopia** e perda de resistência devido à desaceleração do **metabolismo basal**. Perdas na densidade óssea e na **capacidade vital** são comuns.
- A **menopausa** ocorre, em média, em torno dos 51 anos, depois das mudanças fisiológicas da **perimenopausa**. As atitudes frente à menopausa e os sintomas experimentados podem depender de características pessoais, experiências anteriores e atitudes culturais.
- Embora os homens possam continuar a ter filhos em idade avançada, muitos homens de meia-idade sofrem um declínio na fertilidade e na frequência de orgasmo, além de um aumento na **disfunção erétil**.
- A atividade sexual geralmente diminui apenas ligeira e gradualmente, e a qualidade das relações sexuais pode melhorar.
- O "duplo padrão de envelhecimento" faz com que as mulheres pareçam menos desejáveis ao perderem sua aparência de juventude. Para ambos os sexos, a ansiedade em relação ao envelhecimento intensifica-se em uma sociedade que valoriza a juventude.

Saúde

Indicador 3. Que fatores afetam a saúde na meia-idade?

- A maioria das pessoas de meia-idade são saudáveis e não têm limitações funcionais.
- A **hipertensão** é um importante problema de saúde na meia-idade. A AIDS tende a ser mais grave em pessoas mais velhas devido ao seu sistema imunológico mais fraco.

- Abaixa renda está associada à pior saúde. As taxas de mortalidade são mais altas para os homens do que para as mulheres, e mais altas para pessoas negras do que para brancas.
- Após a menopausa as mulheres tornam-se mais suscetíveis a doenças cardíacas e à **osteoporose** e podem fazer **terapia de reposição hormonal** (TRH) ou algum tratamento alternativo.
- Os maiores riscos à saúde entre afro-americanos podem dever-se a uma combinação de fatores hereditários, fatores de estilo de vida, pobreza e estresse causado por preconceito racial.
- Dieta, uso de álcool e tabagismo afetam a saúde presente e futura.
- O estresse está relacionado com uma variedade de problemas físicos e psicológicos. Um acúmulo de **estressores** menores, cotidianos, pode ser mais prejudicial do que grandes mudanças de vida.
- As causas de estresse ocupacional incluem sobrecarga de trabalho, conflitos interpessoais, **assédio sexual** e uma combinação de pressão alta e de pouco controle. O estresse constante pode levar ao **esgotamento**.
- O desemprego causa estresse. Efeitos físicos e psicológicos podem depender dos recursos de enfrentamento.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Medindo as Capacidades Cognitivas na Idade Adulta

Indicador 4. Que ganhos e perdas cognitivas ocorrem durante a meia-idade?

- O Estudo Longitudinal de Seattle constatou que a maioria das capacidades mentais básicas atingem o máximo durante a meia-idade. A **inteligência fluida** entra em declínio mais cedo do que a **inteligência cristalizada**.

O Caráter Distinto da Cognição Adulta

Indicador 5. Adultos maduros não pensam da mesma maneira que pessoas mais jovens?

- Alguns analistas do desenvolvimento sustentam que a cognição assume formas distintas na meia-idade. Segundo Hoyer e colaboradores, o conhecimento especializado pode ser explicado pelo **encapsulamento** de habilidades fluídas dentro do campo escolhido por uma pessoa.
- O pensamento pós-formal parece especialmente útil em situações que exigem pensamento integrador.
- A capacidade de resolver problemas práticos é forte e pode atingir o auge na meia-idade.

Criatividade

Indicador 6. O que explica a capacidade criativa e como ela muda com a idade?

- O desempenho criativo depende de atributos pessoais e de forças ambientais, assim como de habilidades cognitivas.
- Segundo Sternberg, os aspectos experienciais, analíticos e práticos da inteligência desempenham todos um papel no desempenho criativo.
- Um declínio relacionado com a idade aparece tanto em testes psicométricos de pensamento divergente como na real produ-

ção criativa, mas as idades de auge da produtividade variam conforme a ocupação.

Trabalho e Educação: Os Papéis Baseados em Idade Estão Obsoletos?

Indicador 7. Como os padrões de trabalho mudaram e como o trabalho contribui para o desenvolvimento cognitivo?

- Uma transição de funções diferenciadas por idade para funções integradas por idade parece estar ocorrendo em resposta à vida longa e à mudança social.
- As primeiras teorias de desenvolvimento profissional, como a de Super, descrevem uma progressão ordenada de etapas ao longo de um único trajeto. A teoria de Ginzberg, baseada em mudanças mais recentes na vida profissional, descreve duas trajetórias profissionais básicas: estabilidade e mudança.

- O trabalho complexo ajuda a manter o funcionamento cognitivo. Mudanças no local de trabalho podem tornar o trabalho mais significativo e cognitivamente desafiador para muitas pessoas.

Indicador 8. Qual é o valor da educação para aprendizes maduros?

- Muitos adultos ingressam no ensino superior em idade não-tradicional ou participam de educação continuada através de aulas normais ou aprendizagem a distância. Os adultos estudam principalmente para aperfeiçoar suas habilidades e seu conhecimento ligados ao trabalho ou para se preparar para uma mudança de profissão.
- Muitas instituições de aprendizagem não estão estruturadas para atender às necessidades dos adultos.

Palavras-Chave

presbiopia (592)
miopia (592)
presbiacusia (592)
metabolismo basal (592)
capacidade vital (593)
menopausa (593)
perimenopausa (594)

disfunção erétil (597)
hipertensão (599)
osteoporose (600)
terapia de reposição hormonal (TRH) (600)
estressores (603)
assédio sexual (606)
esgotamento (606)

inteligência fluida (609)
inteligência cristalizada (609)
encapsulamento (610)
diferenciado por idade (615)
integrado por idade (615)
aprendizagem a distância (618)

Capítulo 16

Desenvolvimento Psicossocial na Idade Adulta





aceitar toda experiência como matéria-prima a partir da qual os espíritos humanos destilam significados e valores faz parte do significado da maturidade.

Howard Thurman, *Meditations of the Heart*, 1953



Madeleine Albright

Foco:

Madeleine Albright, Diplomata de Alto Escalão

Em 23 de janeiro de 1997, quatro meses antes de seu aniversário de 60 anos, Madeleine Korbelt Albright* (nascida em 1937) foi empossada como Secretária de Estado, o posto mais alto já conquistado por uma mulher no governo dos Estados Unidos. Foi um momento estonteante para uma mulher que aos 11 anos havia chegado com sua família como refugiados da Tchecoslováquia comunista. A vida de Albright é a história de "alguém que repetidas vezes se reinventou" (Heilbrunn, 1998, p. 12). Primeiro houve a viagem de sua infância como

filha de um diplomata em uma Europa devastada pela guerra até sua adolescência como estudante bolsista em uma escola particular em Denver. Depois veio a bolsa de estudos para a Wellesley College e, três dias após o início, um "casamento de Cinderela" com Joseph Medill Patterson Albright, herdeiro de uma eminente família de editores, seguido pelo nascimento de duas filhas gêmeas. Treze anos e uma terceira filha depois, ela obteve o título de doutorado em ciência política na Universidade de Columbia enquanto ingressava na meia-idade. A medida que o movimento das mulheres adquiria força, o conselheiro de segurança nacional do Presidente Jimmy Carter, Zbigniew Brzezinski, nomeou Albright, que fora sua aluna em Columbia, como representante do Conselho de Segurança Nacional no congresso.

Menos de um ano após o término do mandato de Carter e da tarefa de Albright na Casa Branca, o marido dela, com quem era casada há 23 anos, declarou que estava apaixonado por uma mulher mais jovem. O divórcio foi um ponto de virada na vida de Albright. Aos 45 anos, ela era mãe sozinha, "ansiosa por trilhar um novo caminho" (Blackman, 1998, p. 187). Ela se uniu aos docentes da Escola de Relações Exteriores da Universidade de Georgetown e passou a aparecer com frequência em programas públicos de televisão. A mulher cujos colegas conheciam como tímida e reservada, cuja auto-estima fora arruinada pelo divórcio, desenvolveu autoconfiança e segurança à medida que foi desenvolvendo um estilo de discurso firme e sucinto.

Albright adquiriu notoriedade nacional como conselheira de assuntos exteriores do candidato à vice-presidência Geraldine Ferraro em 1984 e do candidato à presidência Michael Dukakis em 1988. Foi na campanha de Dukakis que Albright, então com mais de 50 anos, conheceu Bill Clinton, que, em 1992, como presidente eleito, nomeou-a embaixadora nas Nações Unidas e quatro anos depois a escolheu como chefe do Departamento de Estado.

Ao final de seus anos intermediários, a vida de Albright é plena e gratificante. Seus laços com suas filhas casadas e com seus netos são fortes, assim como o são seus vínculos com muitos amigos que a apoiaram durante toda a sua carreira.

S U M Á R I O

FOCO: Madeleine Albright,
Diplomata de Alto Escalão

Examinando o Curso de Vida na Idade Adulta

Mudança na Idade Adulta:
Abordagens Teóricas Clássicas

Modelos de Crises Normativas
Momento de Ocorrência dos
Eventos: o Relógio Social

O Self na Idade Adulta:

Questões e Temas

Existe uma Crise da Meia-idade?
Desenvolvimento da Identidade
Bem-Estar Psicológico e Saúde
Mental Positiva
Identidade de Gênero

**Mudanças nos
Relacionamentos na Idade Adulta**

Teorias do Contato Social
Relacionamentos e Qualidade de
Vida

Relações Consensuais

Casamento
Divórcio na Idade Adulta
Relacionamentos Homossexuais
Amizades

**Relacionamentos Com Filhos
que Estão Amadurecendo**

Filhos Adolescentes: Questões
para os Pais
Quando os Filhos Partem: O
Ninho Vazio
Quando os Filhos Retornam: A
Síndrome da Porta Giratória
Cuidando de Filhos Crescidos

Outros Laços de Parentesco

Relacionamentos com Pais Idosos
Relacionamentos com os Irmãos
Ser Avô

* As fontes de informação sobre a vida de Madeleine Albright foram Blackman (1998) e Blood (1997).

Mais uma virada na "reinvenção" de Madeleine Albright ocorreu quando ela estava recém se instalando no Departamento de Estado. Reportagens revelavam que Albright, que fora criada como católica, tinha origem judaica e que vários de seus parentes próximos haviam sucumbido durante o Holocausto. Em 1941, no perigoso clima da Segunda Guerra Mundial, seus pais haviam convertido-se ao catolicismo e batizaram-se, juntamente com a filha, "Madlenka", então com apenas 4 anos.

Seus pais já falecidos nunca lhe haviam contado sobre sua origem judaica. Aos 59 anos, Albright teve que chegar a um novo entendimento de sua identidade e de sua história familiar - entendimento que se evidenciou ao caminhar pelo Antigo Cemitério Judeu em Praga e ver-se diante da parede da sinagoga na qual os nomes de seus avós estavam inscritos, juntamente com os de quase 80 mil outras vítimas do nazismo. Enquanto estava ali, de pé, em silêncio, ela pensou em seus pais e na "dolorosa decisão" que haviam tomado (Blackman, 1998, p. 293). "Tenho muito orgulho do que meus pais fizeram por mim e por meu irmão [ainda não nascido] e irmã", declarou Albright. "Sempre me orgulhei muito de meus antepassados. E quanto mais descubro sobre eles, mais orgulhosa fico" (Blood, 1997, p. 226).

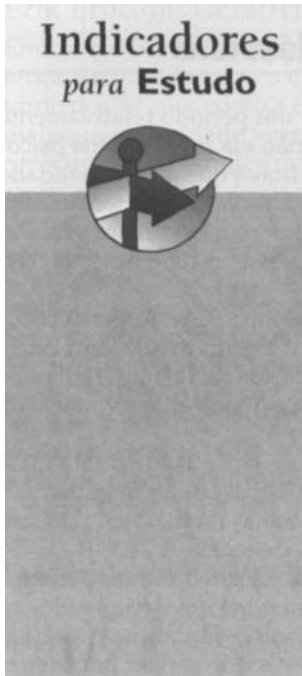
 mbora as condições específicas da história de Madeleine Albright sejam incomuns, seu principal significado é semelhante à experiência adulta de muitas outras mulheres de sua idade: casamento e maternidade, seguidos por uma carreira na meia-idade, às vezes um divórcio na meia-idade e um florescimento de possibilidades que acompanham o esvaziamento do ninho.

Um dos maiores trunfos de Albright é sua adaptabilidade. Por diversas vezes, ela se adaptou a novos ambientes, aprendeu novos idiomas, enfrentou novos desafios e remodelou sua identidade. Isso aumentou sua força pessoal. E grande parte desse crescimento e desenvolvimento ocorreu durante a meia-idade.

A meia-idade é uma época especial. Pessoas de meia-idade não estão apenas na metade do ciclo de vida adulto, em condições de olhar para trás e para a frente de suas vidas; elas também são a ponte entre as gerações mais velhas e mais jovens. Frequentemente são elas que mantêm as famílias unidas e, como Madeleine Albright, fazem com que as instituições e os empreendimentos funcionem. Muita coisa pode acontecer durante o período de 25 anos que chamamos de *idade adulta*; e essas experiências afetam o modo como as pessoas vêem, sentem e agem ao ingressar na terceira idade.

Neste capítulo, examinaremos as perspectivas e a pesquisa teórica sobre questões e temas psicossociais na meia-idade. Depois enfocaremos as relações íntimas, que definem a ocorrência e o momento de ocorrência dos eventos de vida. Ao examinarmos o casamento e o divórcio, os relacionamentos homossexuais e a amizade, assim como os relacionamentos com filhos em amadurecimento, com pais idosos, com irmãos e netos, percebemos a rica textura destes anos intermediários.

Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. Como os cientistas do desenvolvimento abordam o estudo do desenvolvimento psicossocial na idade adulta?
2. O que os teóricos clássicos têm a dizer sobre as mudanças psicossociais na meia-idade?
3. Que questões referentes ao self vêm à tona durante a idade adulta?
4. Como o desenvolvimento na meia-idade difere para homens e para mulheres?
5. Que papel as relações sociais desempenham na vida de pessoas de meia-idade?
6. Os casamentos tornam-se mais felizes ou infelizes durante os anos intermediários?
7. O quão comum é o divórcio nessa época da vida?
8. Como as relações homossexuais comparam-se com as heterossexuais?
9. Como são as amizades durante a meia-idade?
10. Como as relações entre pais e filhos mudam à medida que os filhos aproximam-se da maturidade ou chegam a essa fase?
- I 1. Como pessoas de meia-idade se relacionam com seus pais e com seus irmãos?
- I 2. No que diferem os avós de hoje dos de antigamente e que papéis eles desempenham?

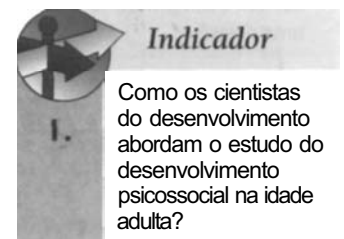
Examinando o Curso de Vida na Idade Adulta

Os cientistas do desenvolvimento vêem o curso de desenvolvimento psicossocial da meia-idade de diversas maneiras. *Objetivamente*, eles examinam trajetórias ou rotas, como a evolução de Madeleine Albright de esposa e mãe apaixonada para política e até a mulher mais poderosa dos Estados Unidos. Mas as continuidades e as mudanças nos papéis e nos relacionamentos também possuem um aspecto *subjetivo*: as pessoas ativamente constroem seu senso de identidade e a estrutura de suas vidas. Assim, é importante considerar como uma pessoa como Albright define a si mesma e o quão satisfeita está com sua vida (Moen e Wethington, 1999).

Mudança e continuidade na meia-idade devem ser vistas sob a perspectiva de todo o ciclo de vida. A carreira de Albright na meia-idade baseou-se em suas experiências de infância e em seus esforços da juventude. Contudo, padrões iniciais não são necessariamente o modelo para padrões posteriores (Lachman e James, 1997), nem são as preocupações dos primeiros anos da meia-idade as mesmas que as do final da meia-idade (Helson, 1997). Basta pensar na diferença entre a vida de Albright aos 40 e sua vida aos 60 anos!

Além disso, as vidas não progridem isoladamente. Rotas individuais cruzam-se ou chocam-se com as dos familiares, as dos amigos e conhecidos e as de estranhos. O trabalho e os papéis individuais são interdependentes, como exemplificado pela mudança de carreira de Albright após o divórcio, e esses papéis são afetados por tendências na sociedade mais ampla, como as oportunidades de Albright terem aumentado devido à mudança de *status* das mulheres (Moen e Wethington, 1999).

Coorte, gênero e condição socioeconômica afetam o curso de vida (Helson, 1997; Moen e Wethington, 1999). A trajetória de Madeleine Albright foi muito diferente da de sua mãe, que fez da família o trabalho de toda a sua vida. Incomum como era Albright para seu tempo, sua trajetória também foi diferente da da maioria das mulheres jovens instruídas de hoje, que iniciam as carreiras antes do casamento e da maternidade. Podemos especular sobre quais teriam sido as expectativas e a trajetória de Albright se ela fosse um homem, e não uma mulher procurando utilizar seus potenciais em uma sociedade baseada no domínio masculino. O caminho de Albright também teria sido diferente se ela não tivesse se casado com um homem de uma família abastada, o que lhe garantia os meios para contratar governantas enquanto seus filhos eram pequenos e ela estava trabalhando em seu doutorado. Todos esses fatores, e outros, fazem parte do estudo do desenvolvimento psicossocial na idade adulta.

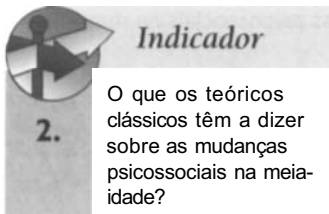


VERIFICADOR

Você é capaz de...

- ✓ Explicar como e quando a fecundação normalmente ocorre?
- ✓ Citar diversos fatores que influenciam o curso de vida na meia-idade?

Mudança na Idade Adulta: Abordagens Teóricas Clássicas



VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar três tipos de mudança de desenvolvimento que os pesquisadores estudam e dar um exemplo de cada uma delas?

individação

Na terminologia de Jung, a emergência do verdadeiro *self* pela equilíbrio ou pela integração de partes conflitantes da personalidade.

Em termos psicossociais, a idade adulta já foi considerada um período relativamente estável (Whitbourne e Connolly, 1999). Freud (1906/1942) não via propósito na psicoterapia para pessoas com mais de 50 anos porque ele acreditava que a personalidade estivesse permanentemente formada nessa idade e que os processos mentais fossem muito inflexíveis. Costa e McCrae (1994a), cujo modelo de traços introduzimos no Capítulo 14, também descrevem a meia-idade como uma época essencialmente estável na personalidade.

Em contraste, teóricos humanistas como Abraham Maslow e Carl Rogers viam a meia-idade como uma oportunidade para mudança positiva. Segundo Maslow (1968), a auto-realização (ver Capítulo 2) só pode ocorrer com a maturidade. Rogers (1961) sustentava que o pleno funcionamento humano exige um processo constante e vitalício de colocar o *self* em harmonia com a experiência.

Como assinalamos no Capítulo 14, a pesquisa sobre o desenvolvimento da atualidade vai além do debate sobre estabilidade *versus* mudança. Diversos estudos longitudinais demonstram que o desenvolvimento psicossocial envolve a ambas (Franz, 1997; Helson, 1997). A questão é: que *tipos* de mudanças ocorrem e o que as ocasiona?

Os pesquisadores estudam três tipos de mudanças no desenvolvimento (Franz, 1997): mudanças relacionadas a necessidades ou a tarefas maturacionais que todos os seres humanos experimentam em determinadas épocas da vida; mudanças relacionadas a papéis culturalmente endossados ou com fatos históricos que afetam uma determinada população; mudanças relacionadas a experiências incomuns ou a um momento pouco comum para a ocorrência de eventos de vida. As teorias clássicas que tratam desses três tipos de mudança são os modelos de crises normativas e o modelo de momento de ocorrência de eventos (ambos apresentados no Capítulo 14). As teorias de crises normativas geralmente propõem etapas maturacionais de desenvolvimento, mas essas etapas podem limitar-se a determinadas coortes e culturas que os teóricos estudaram. O modelo de momento de ocorrência de eventos concentra-se em mudanças não-usuais ou não-normativas.

Modelos de Crises Normativas

Dois dos primeiros teóricos de crises normativas cujo trabalho continua oferecendo uma estrutura de referência para grande parte da teoria e da pesquisa sobre a idade adulta são Carl C. Jung e Erik Erikson.

Carl C. Jung: Individação e Transcendência

O psicólogo suíço Carl Jung (1933, 1953, 1969, 1971), o primeiro grande teórico do desenvolvimento adulto, sustentava que um desenvolvimento saudável na meia-idade exige **individação**, a emergência do verdadeiro *self* através da equilíbrio ou da integração das partes conflitantes da personalidade, incluindo aquelas até então negligenciadas. Até aproximadamente os 40 anos, disse Jung, os adultos concentram-se nas obrigações com a família e com a sociedade, desenvolvendo os aspectos da personalidade que os ajudarão a alcançar objetivos externos. As mulheres enfatizam a expressividade e o zelo; os homens orientam-se sobretudo às realizações. Na meia-idade, as pessoas direcionam sua preocupação aos eus interiores, espirituais. Tanto os homens como as mulheres buscam uma "união de opostos" pela expressão de seus aspectos anteriormente "repudiados".

Duas tarefas necessárias - mas difíceis - da meia-idade são abrir mão da imagem de juventude e reconhecer a mortalidade. Segundo Jung (1966), a necessidade de reconhecer a mortalidade exige uma busca pelo significado no *self*. Essa virada para o interior pode ser perturbadora; à medida que questionam seus comprometimentos, as pessoas podem temporariamente perder suas referências. Mas as pessoas que evitam essa transição e não reorientam sua vida adequadamente perderão a chance de crescer psicologicamente.

Erik Erikson: Geratividade *versus* Estagnação

Em contraste com Jung, que via a meia-idade como uma época de voltar-se para o interior, Erikson descreveu um virada para o exterior. Erikson considerava o período em torno dos 40 anos como a época em que as pessoas passam por sua sétima "crise" normativa, **geratividade *versus* estagnação**. **Geratividade**, como Erikson a definia, é a preocupação de adultos maduros com o estabelecimento e a orientação da próxima geração, perpetuando-se através da influência sobre os que virão. Prevendo o declínio de sua vida, as pessoas sentem necessidade de deixar um legado - de participar na continuação da vida. As pessoas que não encontram um escape para a geratividade tornam-se absortas em si mesmas, excessivamente entregues aos próprios prazeres ou estagnadas (inativas ou inertes).

A geratividade pode expressar-se não apenas através da criação dos filhos e dos netos, mas também através do ensino ou do aconselhamento, da produtividade ou da criatividade e da "autogeração" ou autodesenvolvimento. Ela pode estender-se ao mundo do trabalho, da política, das artes, da música e a outras esferas. A "virtude" desse período é o *cuidado*: "um maior comprometimento em *tomar conta* das pessoas, dos produtos e das idéias com os quais aprendemos *a nos importar*" (Erikson, 1985, p. 67).

O Legado de Jung e Erikson: Vaillant e Levinson

Jung e Erikson deixaram um rico legado. Suas idéias e suas observações influenciaram muitos outros investigadores, entre os quais George Vaillant (1977) e Daniel Levinson (1978).

Os estudos de Vaillant e de Levinson sobre os homens (apresentados no Capítulo 14) descreveram as grandes mudanças na meia-idade, desde os esforços ocupacionais aos 30 anos até a reavaliação e reestruturação, muitas vezes, drástica da vida aos 40 e ao abrandamento e à relativa estabilidade aos 50.* Para os homens estudados por Levinson, essa transição era suficientemente estressante para ser chamada de crise.

Vaillant, como Jung, descreve uma redução da diferenciação de gênero na meia-idade e uma tendência nos homens de tornarem-se mais zelosos e expressivos. De modo semelhante, os homens de meia-idade estudados por Levinson tornaram-se menos obcecados pela realização pessoal e mais interessados nos relacionamentos e demonstravam geratividade tornando-se mentores de homens mais jovens. Como discutiremos posteriormente neste capítulo, Vaillant estudou o relacionamento entre geratividade e ajustamento psicossocial, ou (saúde mental).

Vaillant também confirmou o conceito junguiano de virada para o interior. Aos 40 anos, muitos em sua amostra de diplomados de Harvard abandonaram o "trabalho compulsivo e irrefletido de seus aprendizados profissionais e mais uma vez [tornaram-se] exploradores do mundo interior" (1977, p. 220). Bernice Neugarten (1977) observou uma tendência introspectiva semelhante na meia-idade, que chamou de **interioridade**.

Como assinalamos no Capítulo 14, estes estudos clássicos, mesmo que possam ter sido reveladores, sofriam de graves falhas de amostragem e de metodologia. A despeito da recente publicação póstuma de um pequeno estudo de Levinson com mulheres, seu modelo e o modelo de Vaillant basearam-se sobretudo na pesquisa com homens de classe média ou de classe média alta, cujas experiências foram tomadas como norma. Além disso, suas descobertas refletiam as experiências de determinados membros de uma determinada coorte em uma determinada cultura. Elas podem não se aplicar a uma sociedade em que a masculinidade e a feminilidade não possuem mais esses significados distintos e nas quais o desenvolvimento profissional e as escolhas de vida tanto para homens como para mulheres tornaram-se mais variadas e flexíveis. Essas descobertas podem também não se aplicar a pessoas para as quais a sobrevivência econômica é uma questão premente ou a culturas que possuem padrões muito diferentes de desenvolvimento do curso de vida (ver Quadro 16-1). Por fim, esses estudos trataram exclusivamente de heterossexuais, e os padrões podem não se aplicar a homossexuais de ambos os sexos (Kimmel e Sang, 1995).

geratividade *versus* estagnação

Na teoria de Erikson, a sétima alternativa crítica de desenvolvimento psicossocial, em que o adulto de meia-idade desenvolve a preocupação de estabelecer, de orientar e de influenciar a geração seguinte ou, então, sente estagnação (sensação de inatividade ou falta de vigor).

geratividade

Na terminologia de Erikson, a preocupação de adultos maduros em estabelecer, em orientar e em influenciar a geração seguinte.

interioridade

Na terminologia de Neugarten, o interesse pela vida interior (introversão ou introspecção), que geralmente aparece na meia-idade.

* A descrição dos 50 anos empreendida por Levinson foi apenas uma projeção.



Janela para o Mundo

Quadro 16-1**Uma Sociedade sem Idade Adulta**

A universalidade da crise de meia-idade é questionável mesmo nos Estados Unidos. O que acontece, então, em culturas não-ocidentais, algumas das quais sequer possuem um claro conceito de meia-idade? Uma dessas culturas são os Gusii, sociedade rural com mais um milhão de pessoas no sudoeste do Quênia (Levine, 1980; Levine e Levine, 1998). Os Gusii possuem um "plano de vida" com expectativas muito claras para cada etapa, mas esse plano é muito diferente do de sociedades ocidentais. Trata-se de uma hierarquia de estágios baseada sobretudo na antecipação e na conquista da capacidade reprodutiva e de sua extensão até a próxima geração (ver tabela).

Estágios de Vida dos Gusii

Mulher	Homem
Bebê	Bebê
Menina não-circuncidada	Menino não-circuncidado
Menina circuncidada	Menino circuncidado, guerreiro
Jovem casada	
Senhora idosa	Senhor idoso

Fonte: Adaptado de LeVine e LeVine, 1998, Tabela 2, p. 200.

Os Gusii não possuem palavras para "adolescente", "jovem adulto" ou "de meia-idade". Meninos e meninas são circuncidados entre 9 e 11 anos e tornam-se idosos quando seu primeiro filho ou filha casa-se. Entre esses dois eventos, um homem passa apenas por um estágio de vida reconhecido: *omomura* ou "guerreiro". A fase *omomura* pode durar de 25 a 40 anos ou até mais. Devido à maior importância do casamento na vida de uma mulher, as mulheres possuem uma etapa adicional: *omosubaati* ou "jovem casada".

A gravidez não se restringe ao início da idade adulta. Como em outras sociedades pré-industriais onde muitos braços são necessários para manter as lavouras e onde a morte de bebês ou crianças pequenas é comum, a fertilidade é altamente valorizada. Hoje, ainda que os bebês tenham muito mais chances de sobreviver do que no passado, as pessoas continuam reproduzindo-se enquanto forem fisiologicamente capazes. Uma mulher em média dá à luz a 10 filhos. Quando uma mulher chega à menopausa, seu marido pode desposar outra mulher mais jovem e criar outra família.

Na sociedade Gusii, portanto, as transições dependem dos eventos de vida. O *status* está ligado à circuncisão, ao casamento (para as mulheres), a ter filhos e, por fim, a se tornar pai ou mãe de um filho/a casado/a e, assim, futuro avô e idoso respeitado. Os Gusii possuem um "relógio social", um conjunto de expectativas para as idades em que esses eventos normalmente devem ocorrer. As pessoas que se casam tarde ou jamais se casam; os homens que se tornam impotentes ou estéreis; as mulheres que não engravidam, têm seu primeiro filho tarde,



Muitos Gusii no oeste do Quênia tornam-se praticantes de rituais depois que seus filhos crescem, buscando força espiritual para compensar o declínio de suas forças físicas. Para mulheres como a adivinhadora que aparece aqui, a prática de rituais pode ser uma forma de exercer poder em uma sociedade dominada pelos homens.

não dão à luz a filhos homens ou têm poucos filhos, todos são ridicularizados e condenados ao ostracismo e podem ser submetidos a rituais para corrigir a situação.

Embora os Gusii não possuam transição de meia-idade reconhecida, alguns deles reavaliam sua vida em torno da época em que têm idade suficiente para serem avós. A consciência da mortalidade e do declínio das forças físicas, especialmente entre as mulheres, pode conduzir a carreira de curandeiro espiritual na meia-idade. A busca de poderes espirituais também tem uma finalidade gerativa: os idosos são responsáveis pela proteção ritualística de seus filhos e de seus netos contra a morte ou contra a doença. Muitas mulheres de idade que se tornam praticantes de rituais ou feiticeiras buscam poder para ajudar as pessoas ou para prejudicá-las, talvez para compensar sua falta de poder pessoal e econômico em uma sociedade dominada pelos homens.

A sociedade Gusii sofreu mudanças, principalmente a partir da década de 1970, como resultado do domínio colonial britânico e de suas consequências. Com a diminuição da mortalidade infantil, o rápido crescimento populacional está comprometendo o suprimento de alimentos e de outros recursos; um plano de vida organizado em torno da maximização da reprodução não é mais adaptativo. A aceitação cada vez maior da limitação da natalidade entre os Gusii mais jovens sugere que "concepções de maturidade adulta menos centradas na fertilidade com o tempo tornar-se-ão dominantes na cultura Gusii" (LeVine e LeVine, 1998, p. 207).

Tabela 16-1 Um Teste Pessoal de sua Geratividade

- Eu tento repassar o conhecimento que adquiri com minhas experiências.
- Não acho que outras pessoas precisem de mim.
- Eu acho que gostaria de trabalhar como professor.
- Sinto que fiz diferença para muitas pessoas.
- Eu não me proponho a trabalhar para uma instituição de caridade.
- Fiz e criei coisas que tiveram impacto sobre outras pessoas.
- Tento ser criativo na maioria das coisas que faço.
- Acho que serei lembrado por muito tempo depois que morrer.
- Acredito que a sociedade não pode ser responsável pela provisão de alimento e de abrigo para todas as pessoas sem moradia.
- As pessoas poderiam dizer que fiz contribuições especiais para a sociedade.
- Caso eu não pudesse ter filhos próprios, gostaria de adotar crianças.
- Tenho habilidades importantes que tento ensinar aos outros.
- Acho que não fiz nada que irá sobreviver após a minha morte.
- Em geral, meus atos não têm um efeito positivo sobre os outros.
- Sinto como se não tivesse feito nada de valor para contribuir para os outros.
- Comprometi-me de muitas formas com muitas pessoas, grupos e atividades diferentes em minha vida.
- As pessoas dizem que eu sou uma pessoa muito produtiva.
- Sou responsável pelo aperfeiçoamento do bairro em que vivo.
- As pessoas procuram-me em busca de conselhos.
- Acho que minhas contribuições permanecerão após a minha morte.

Fonte: Loyola Generativity Scale. Reproduzido de McAdams e de St.Aubin, 1992.

Pesquisas mais recentes sobre o desenvolvimento psicossocial na meia-idade têm base mais ampla, utilizam amostras e desenhos de pesquisa mais diversos e abordam mais dimensões da personalidade e da experiência (Lachman e James, 1997). Mesmo assim, as revelações fundamentais dos teóricos de crises normativas continuam estimulando a pesquisa e o refinamento.

Por exemplo, instrumentos - *checklists* de comportamento, classificações Q e auto-avaliações (ver Tabela 16-1) - foram criados para medir o conceito de geratividade de Erikson. Utilizando essas técnicas, os pesquisadores constataram que homens e mulheres de meia-idade tendem a obter pontuações mais altas em geratividade do que adultos mais jovens e mais velhos (McAdams, de St. Aubin e Logan, 1993) e que não existe diferença geral de geratividade entre homens e mulheres. Entretanto, homens que tiveram filhos são mais gerativos do que homens sem filhos; isso não se aplica tanto às mulheres (McAdams e de St. Aubin, 1992). Posteriormente, neste capítulo, discutiremos outras descobertas sobre geratividade, além de pesquisas baseadas nas revelações de Jung sobre mudanças dos gêneros na meia-idade.

Momento de Ocorrência dos Eventos: O Relógio Social

Segundo o modelo de momento de ocorrência dos eventos (apresentado no Capítulo 14), o desenvolvimento da personalidade adulta depende menos da idade do que de eventos de vida importantes. Para as coortes representadas pelos primeiros estudos de crises normativas, a ocorrência e o momento de ocorrência de fatos importantes, como o casamento, a aposentadoria e o nascimento dos filhos e dos netos eram bastante previsíveis. Hoje os estilos de vida são mais diversos, "os relógios sociais" batem em ritmos diferentes, e um "ciclo de vida fluido" confundiu os limites da idade adulta (Neugarten e Neugarten, 1987).

Quando a vida das mulheres giravam em torno de ter e de criar filhos, o término dos anos reprodutivos significava algo diferente do que significa agora, quando tantas mulheres de meia-idade (como Madeleine Albright) entraram na força de trabalho. Quando os padrões ocupacionais eram mais estáveis e a aposentadoria aos 65 anos de idade era quase universal, o significado de trabalhar na meia-idade talvez fosse diferente de seu atual significado em um período de mudanças freqüentes de emprego, de redução no tamanho das empresas e de aposentadoria precoce ou tardia. Quando as pessoas morriam mais cedo, os sobreviventes de meia-idade sentiam-se velhos, percebendo que eles também estavam perto do fim de sua vida. Muitas pessoas de meia-idade encon-

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir as mudanças importantes que ocorrem na meia-idade, segundo Jung e Erikson, e dizer como essas idéias influenciaram outras pesquisas sobre crises normativas?

Pense sobre isso ...

- Com base em suas observações pessoais, você acredita que a personalidade dos adultos muda significativamente durante a meia-idade? Em caso afirmativo, essas mudanças parecem relacionadas com a maturação ou elas acompanham fatos importantes, como o divórcio ou o nascimento de netos?

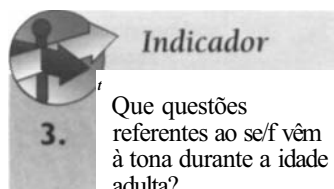
VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Contrastar as visões de Freud e de Costa e McCrae com as de teóricos humanistas, de crises normativas e de momento de ocorrência de eventos?
- ✓ Explicar como mudanças históricas e culturais afetaram o relógio social para a meia-idade?

tram-se hoje mais ocupadas e mais envolvidas do que nunca - algumas ainda criando os filhos enquanto outras redefinem seus papéis como pais de adolescentes e de jovens adultos e, muitas vezes, como cuidadores de pais de idosos.

Contudo, o relógio social não parou totalmente, pelo menos em algumas sociedades. Em um estudo realizado em Berlim, Alemanha (Krueger, Heckhausen e Hundertmark, 1995), pediu-se a adultos de todas as idades que descrevessem suas impressões sobre adultos hipotéticos de 45 anos do mesmo sexo que o seu cuja situação familiar ou profissional violasse as expectativas normais para aquela idade. Os participantes, independentemente de sua idade, expressavam surpresa em relação a essas condições extemporâneas e rotulavam-nas de atípicas. As reações eram mais fortes e mais negativas quando o desenvolvimento parecia atrasado (por exemplo, quando uma mulher de 45 anos era descrita como mãe de um filho de um ano). As reações eram positivas quando o desenvolvimento parecia ocorrer precocemente ou na época adequada (por exemplo, quando um homem de 45 anos era descrito como gerente de um banco). A sociedade, ao que parece, ainda não é cega para a idade: "as pessoas são sensíveis aos relógios sociais e...os utilizam para compreender e julgar os outros" (Krueger et al., 1995, p. P91).

O Self na Idade Adulta: Questões e Temas



crise da meia-idade

Em alguns modelos de crises normativas, é o período de vida estressante precipitado pelo exame e pela reavaliação de nosso passado, que ocorre tipicamente no início até meados dos 40 anos.

balanço da meia-idade

Exame introspectivo que costuma ocorrer na meia-idade, levando a uma reavaliação e a uma alteração de valores e de prioridades.

"Sou uma pessoa totalmente diferente hoje da que era vinte anos atrás", declarou um arquiteto de 47 anos quando seis amigas, todas nos 40 e 50 anos, concordaram vigorosamente acenando a cabeça. Muitas pessoas sentem e observam mudanças durante a meia-idade. Quer examinemos pessoas de meia-idade objetivamente, em termos de seu comportamento exterior, quer subjetivamente, em termos de como elas descrevem a si mesmas, surgem alguns temas e questões. Existe algo como um "crise de meia-idade"? Como a identidade desenvolve-se na meia-idade? O que contribui para o bem-estar psicológico? Homens e mulheres mudam de maneira distinta? Todas essas questões giram em torno do *self*.

Existe uma Crise da Meia-idade?

Mudanças de personalidade e estilo de vida durante o início a meados dos 40 anos costumam ser atribuídas à **crise da meia-idade**, período supostamente estressante desencadeado pelo exame e pela reavaliação de nossa vida. O termo foi cunhado pelo psicanalista Elliott Jacques (1967). Ele irrompeu na consciência pública na década de 1970 - período de rápida mudança social, de estilos de vida alternativos e da busca generalizada de crescimento pessoal - com a popularização das teorias de crises normativas de Erikson, de Jung e de Levinson.

A crise de meia-idade foi conceitualizada como uma crise de identidade; na verdade, foi chamada de segunda adolescência. O que a suscita, disse Jacques, é a consciência da mortalidade. Muitas pessoas nessa época percebem que não serão capazes de realizar os sonhos de sua juventude ou que a realização de seus sonhos não trouxe a satisfação que esperavam. Sabem que, se quiserem mudar de direção, precisam agir rapidamente. Levinson (1978, 1980, 1996) sustentava que a turbulência da meia-idade é inevitável à medida que as pessoas lutam com a necessidade de reestruturar suas vidas.

Hoje, a realidade da crise de meia-idade como experiência normativa de desenvolvimento foi posta em xeque. Embora o conceito seja um pouco indistinto e difícil de testar, extensas pesquisas - incluindo descobertas obtidas em Hong Kong (Shek, 1996), bem como em países industrializados ocidentais - não confirmam sua universalidade (Chiriboga, 1989, 1997; Costa et al., 1986; Farrell e Rosenberg, 1981; Klohnen, Vandewater e Young, 1996; Rosenberg, Rosenberg e Farrell, 1999), pelo menos enquanto fonte de perturbação psicológica (Helson, 1997).

O início da meia-idade pode ser estressante, mas não mais do que alguns fatos do início da idade adulta (Chiriboga, 1997). Ao que parece, a meia-idade é apenas uma das transições da vida, transição que tipicamente envolve um exame introspectivo e uma reavaliação de valores e de prioridades (Helson, 1997; Reid e Willis, 1999). Esse **balanço da meia-idade** pode ser um ponto de virada psicológico, um período de

Tabela 16-2 Características de Adultos de Ego Resiliente

Mais característico	Menos característico
Compreende sua própria motivação e seu comportamento	Tem defesa frágil do ego; desadaptado sob estresse
Tem afeto; capacidade para relacionamentos próximos	Sabota a si mesmo
Tem equilíbrio e presença social	Sente-se pouco a vontade com incerteza e com complexidades
É produtivo; faz as coisas acontecerem	Reage exageradamente a pequenas frustrações; é irritadiço
É calmo e relaxado	Nega pensamentos e experiências desagradáveis
É habilidoso em técnicas sociais de jogo imaginário	Não varia os papéis; relaciona-se com todos da mesma maneira
É socialmente perceptivo de indicadores interpessoais	É basicamente ansioso
É capaz de atentar para o cerne de problemas importantes ou adversidade	Desiste ou retrai-se diante de frustração
É uma pessoa genuinamente confiável e responsável	É emocionalmente indiferente
Responde ao humor	É vulnerável a ameaça real ou imaginária; receoso
Valoriza a própria independência e autonomia	Tende a ruminar e a ter pensamentos preocupantes
Tende a despertar afeição e aceitação	Sente-se enganado e vitimado pela vida
É naturalmente bem-humorado	Sente falta de significado pessoal na vida

Nota: Esses itens são utilizados como critério para medir a resiliência do ego, utilizando-se o Conjunto Q Adulto da Califórnia.

Fonte: Adaptado de Block, 1991, como reproduzido em Klohnen, 1996.

balanço que produz novos entendimentos de nós mesmos e que estimula correções a meio caminho no plano e na trajetória de nossa vida (Moen e Wethington, 1999; Stewart e Ostrove, 1998; Stewart e Vandewater, 1999).

Se a transição irá ou não transformar-se em crise pode depender menos da idade do que das circunstâncias individuais e dos recursos pessoais. Pessoas com *ego resiliente* - com capacidade de se adaptar de maneira flexível e engenhosa a possíveis fontes de estresse - têm mais chances de serem bem-sucedidas na travessia da meia-idade (Klohnen et al., 1996) (A Tabela 16-2 apresenta as qualidades consideradas mais e menos características de pessoas com ego resiliente.) Para pessoas com personalidades resilientes, como Madeleine Albright, até fatos negativos, como um divórcio indesejável, podem tornar-se trampolins para desenvolvimento positivo (Klohnen et al., 1996; Moen e Wethington, 1999).

Desenvolvimento da Identidade

Embora Erikson definisse formação de identidade como principal preocupação da adolescência, ele observou que a identidade continua desenvolvendo-se. Na verdade, alguns pesquisadores do desenvolvimento vêem a formação da identidade como a questão central da idade adulta (McAdams e de St. Aubin, 1992). A identidade pode consistir não somente de um *self*, mas de múltiplos "*selves* possíveis", incluindo o *self* que a pessoa espera ser e o *self* que a pessoa tem medo de ser (Markus e Nurius, 1986). Pontos de transição, como a transição da meia-idade, costumam envolver mudanças no modo como as pessoas se vêem.

Como Erikson observou, a identidade está intimamente ligada aos papéis e aos compromissos sociais ("Sou mãe", "Sou professor", "Sou cidadão"). Uma vez que a meia-idade é uma época de balanço em relação aos papéis e aos relacionamentos, ela pode trazer à tona questões de identidade não-resolvidas.

A geratividade pode ser vista com um aspecto da formação de identidade. Como escreveu Erikson: "Eu sou o que sobreviver à minha morte" (1968, p. 141). A pesquisa baseada na teoria de Erikson confirma o vínculo entre identidade e geratividade (DeHaan e MacDermid, 1994). Os pesquisadores testaram 40 bancárias de classe média no início de seus 50 anos, que tinham filhos em idade escolar, para identificar seu estado de identidade conforme os critérios de Marcia (ver Capítulo 12). As mulheres que haviam alcançado sua identidade após um período de tomada consciente de decisões e

Pense sobre isso...

- Pelo que você sabe, seu pai ou sua mãe ou ambos passou pelo que parecia ser uma crise de meia-idade? Se você está na meia-idade, você passou por uma crise desse tipo? Nesse caso, que questões fizeram disso uma crise? Ela pareceu mais séria do que transições em outras épocas da vida?

que tinham emergido mais comprometidas eram as mais satisfeitas e psicologicamente saudáveis e as que mais sentiam controle sobre suas vidas. Elas também expressavam o maior grau de geratividade, confirmando a visão de Erikson de que a conquista bem-sucedida da identidade prepara o caminho para outras tarefas.

Susan Krauss Whitbourne: Estilos de Identidade

O modelo teórico de Susan Krauss Whitbourne (1987, 1996; Whitbourne e Connolly, 1999) baseia-se em Erikson, Marcia e Piaget. Whitbourne vê a identidade como "um esquema de organização através do qual as experiências do indivíduo são interpretadas" (Whitbourne e Connolly, 1999, p. 28). A identidade é formada de percepções acumuladas do *self*, tanto conscientes como inconscientes. Traços de personalidade percebidos, ("Sou sensível" ou "Sou teimoso"), características físicas e capacidades cognitivas são incorporadas ao esquema de identidade. Essas percepções de nós mesmos são constantemente confirmadas ou alteradas em resposta às novas informações, que podem ser provenientes de relacionamentos íntimos, de situações relacionadas com o trabalho, de atividades comunitárias e de outras experiências.

As pessoas interpretam suas interações com o ambiente por meio de dois processos contínuos, semelhantes aos que Piaget descrevia para o desenvolvimento cognitivo das crianças (ver Capítulo 2): *assimilação de identidade* e *acomodação de identidade*. A **assimilação de identidade** é uma tentativa de enquadrar novas experiências em um esquema existente; **acomodação de identidade** é o ajustamento do esquema para que se coadune com a nova experiência. A assimilação de identidade tende a preservar a continuidade do *self*; a acomodação de identidade tende a ocasionar mudanças necessárias. A maioria das pessoas utiliza ambos os processos em alguma medida. Madeleine Albright, quando confrontada com a prova de sua origem judaica, acomodou seu esquema de identidade para incluir esse fato, mas também assimilou seu novo conhecimento à imagem de si mesma como filha de pais amorosos que fizeram o máximo para protegê-la. As pessoas costumam resistir à acomodação (como aparentemente fez Albright por certo tempo) até que certos fatos (nesse caso, a iminência de reportagens) as forcem a reconhecer essa necessidade.

O equilíbrio que uma pessoa costuma alcançar entre assimilação e acomodação determina seu **estilo de identidade**. Uma pessoa que utiliza mais assimilação do que acomodação possui um *estilo de identidade assimilativo*. Uma pessoa que utiliza mais a acomodação possui um *estilo de identidade acomodativo*. A excessiva utilização de assimilação ou de acomodação é insalubre, diz Whitbourne. As pessoas que *assimilam* constantemente estão enganando a si mesmas e não aprendem com a experiência; elas só vêm o que estão procurando. Elas podem fazer todo o possível para não terem que reconhecer suas insuficiências. As pessoas que constantemente *acomodam* são fracas, facilmente dominadas e altamente vulneráveis a críticas; sua identidade é facilmente ameaçada. O mais saudável é um *estilo de identidade equilibrado*, observado nos indivíduos mais maduros, em que "a identidade é suficientemente flexível para mudar quando necessário, mas não é estruturada ao ponto de que qualquer nova experiência faça com que a pessoa questione suposições fundamentais em relação a si mesma" (Whitbourne e Connolly, 1999, p. 29). Whitbourne identifica uma relação entre os estilos de identidade e os estados de identidade definidos por Marcia; por exemplo, uma pessoa que conquistou identidade deveria possuir um estilo equilibrado de identidade, ao passo que outra em pré-fechamento teria mais provavelmente um estilo assimilativo.

Segundo Whitbourne, as pessoas lidam com mudanças físicas, mentais e emocionais associadas à chegada da velhice de um modo muito semelhante ao que utilizam para lidar com outras experiências que desafiam o esquema de identidade. Pessoas assimilativas procuram manter uma auto-imagem de juventude a todo custo. Pessoas acomodativas podem identificar-se - talvez prematuramente - como velhas e preocupar-se com os sintomas do envelhecimento e da doença. As pessoas com um estilo equilibrado reconhecem as mudanças que estão ocorrendo de forma realista, procurando controlar o que pode ser controlado e aceitar o que não pode. Entretanto, os estilos de identidade podem mudar diante de fatos profundamente perturbadores, como perder o emprego para uma pessoa mais jovem. Assim, uma crise de meia-idade pode ser "uma reação acomodativa extrema a um conjunto de experiências que não podem mais ser processadas através de assimilação de identidade" (Whitbourne e Connolly, 1999, p. 30).

assimilação de identidade

Na terminologia de Whitbourne, esforço para enquadrar uma nova experiência em um autoconceito já existente. Compare com *acomodação de identidade*.

acomodação de identidade

Na terminologia de Whitbourne, é ajustar o autoconceito para se enquadrar a novas experiências. Compare com *assimilação de identidade*.

estilo de identidade

Na terminologia de Whitbourne, são modos característicos de confrontar, de interpretar e de responder à experiência.

Com ou sem a presença de uma crise, o modelo de Whitbourne é uma tentativa abrangente de explicar tanto a estabilidade como a mudança no *self*. Contudo, ele precisa* de mais apoio da pesquisa.

Psicologia Narrativa: A Identidade como uma História de Vida

O campo relativamente novo da *psicologia narrativa* vê o desenvolvimento da identidade como um processo contínuo de construção de nossa história pessoal de vida - uma narrativa dramática que nos ajude a entender nossa vida. Na verdade, alguns psicólogos narrativos vêem a própria identidade como essa história ou um roteiro internalizado. As pessoas seguem o "roteiro" que criaram à medida que expressam sua identidade por seus atos (McAdams, Diamond, de St. Aubin e Mansfield, 1997).

A meia-idade costuma ser uma época de revisão da história de vida (McAdams, 1993). Uma "crise de meia-idade" pode ser vivenciada como uma ruptura perturbadora na continuidade e na coerência do enredo (Rosenberg et al., 1999).

Os temas das narrativas de identidade refletem cultura e coorte. Em entrevistas aprofundadas com 20 homens da região de New England que atingiram a maioridade durante a década de 1940 e 1950, uma ruptura crítica em suas histórias tendia a ocorrer aos 50 anos em conjunção com a perda de um papel ativo de paternidade. Para esses homens, cujos anos de formação haviam se concentrado na família e na segurança, o "eixo organizador de suas... identidades narrativas" repentinamente desapareceu (Rosenberg et al., 1999, p. 61).

Um grupo de homens mais jovens que chegaram à maioridade durante a época da Guerra do Vietnã tinham histórias muito diferentes para narrar. Muitos deles tornaram-se céticos ou rebeldes a partir da adolescência, alienados de seus papéis tradicionais. A mudança na meia-idade foi rumo a uma busca de significado e de realização e de famílias e de carreiras mais estáveis. Seu rompimento com o passado refletia uma busca tardia de uma identidade adulta (Rosenberg et al., 1999).

A medida que as pessoas envelhecem, a geratividade pode tornar-se um tema importante da história de vida. Um *script de geratividade* pode dar à história um final feliz. Ele faz com que as pessoas sintam-se necessárias e traz-lhes uma sensação de "imortalidade simbólica". Ele se baseia na convicção de que atos gerativos fazem diferença (McAdams e de St. Aubin, 1992).

Adultos altamente gerativos costumam contar uma *história de comprometimento* (McAdams et al., 1997). Normalmente essas pessoas tiveram vidas privilegiadas e desejam aliviar o sofrimento de outras. Dedicam suas vidas às melhorias sociais e não se desviam desse objetivo a despeito de obstáculos atroz, que posteriormente têm resultados positivos. Pessoas moralmente exemplares organizam suas vidas em torno dessas histórias de dedicação (Colby e Damon, 1992; ver Quadro 15-2 no Capítulo 15).

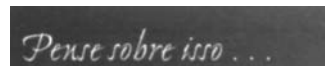
Bem-Estar Psicológico e Saúde Mental Positiva

Saúde mental não é apenas a ausência de doença mental. A saúde mental *positiva* envolve uma sensação de bem-estar psicológico, que anda de mãos dadas com um senso de identidade saudável (Ryff e Singer, 1998). Mas é difícil definir o bem-estar. Como os teóricos e os pesquisadores abordaram esse conceito de difícil apreensão?

Geratividade e Outros Fatores no Ajustamento Psicológico

Para Erikson, como mencionamos, o funcionamento psicológico saudável na meia-idade depende do êxito na resolução da crise de geratividade *versus* estagnação. Essa resolução geralmente ocorre no contexto dos relacionamentos sociais e dos envolvimento com papéis. A pesquisa confirma e expande a visão de Erikson.

Vaillant (Vaillant e Milofsky, 1980) constatou que a geratividade é fundamental para um ajustamento psicossocial bem-sucedido na meia-idade. Em seus 50 anos, os homens mais bem-ajustados na amostra de alunos de Harvard de Vaillant (1989) eram os mais gerativos, avaliada segundo sua responsabilidade com outras pessoas no trabalho, suas doações a instituições de caridade e as realizações de seus filhos. Esses homens eram quatro vezes mais propensos a utilizar formas maduras de enfrentamento, como altruísmo e humor, do que utilizar formas imaturas, como beber ou desenvolver hipocondria (Vaillant, 1989). De modo semelhante, em um estudo longitudinal com



- Citar evidências contra a existência de uma crise de meia-idade universal?
- Discutir as típicas preocupações da transição da meia-idade e os fatores que afetam o modo como as pessoas passam por ela?
- Resumir o modelo de identidade de Whitbourne e descrever como as pessoas com cada um desses três estilos de identidade poderiam lidar com os sinais de envelhecimento?
- Explicar o conceito de identidade como uma história de vida e como ele se aplica à transição da meia-idade e à geratividade?

O que Erikson chamava de geratividade - o interesse em orientar a próxima geração - pode expressar-se através de treinamento ou de instrução. A geratividade pode ser fundamental para o bem-estar na meia-idade.



306 homens de zonas urbanas desfavorecidas, aqueles que aos 47 anos utilizavam técnicas de enfrentamento maduras apresentavam melhor saúde e melhor funcionamento psicossocial. Aqueles que utilizavam técnicas de enfrentamento imaturas, como projeção (atribuição de nossos próprios pensamentos e sentimentos negativos aos outros) e fantasia, eram os mais ajustados (Soldz e Vaillant, 1998).

Em outra pesquisa sobre geratividade e saúde mental, um estudo longitudinal de 32 anos acompanhou 87 jovens do sexo masculino que eram estudantes no George Williams College, instituição de treinamento para trabalho em serviço social. A maioria desses homens estavam inicialmente em boa condição física e mental e assim permaneciam aos 50 anos. Nessa época, segundo os critérios de Erikson e Vaillant, mais de 50% do grupo tinham alcançado geratividade, definida como estágio mais elevado de saúde mental positiva. Eles tinham sido bem-sucedidos no trabalho, assumido responsabilidade por outras pessoas e desenvolvido intimidade, tipicamente através de um casamento duradouro e feliz. Homens menos gerativos satisfaziam um ou dois desses critérios, mas não todos os três. Relacionamentos sociais satisfatórios com pares e mentores no início da idade adulta eram fortes preditores da saúde mental na meia-idade, e os homens que tiveram o benefício de ter relacionamentos com mentores posteriormente tornaram-se mentores também (Westermeyer, 1998,1999).

A geratividade não parece ser necessariamente abrangente; uma pessoa pode ser gerativa na função de pai ou de mãe, mas não tanto como profissional ou cônjuge, ou vice-versa, e a geratividade em cada uma dessas funções pode afetar o bem-estar de forma distinta. A coorte também pode ser um fator. Um estudo comparou dois grupos de 45 mães com empregos de diversos níveis de prestígio. Os dois grupos estavam na mesma faixa etária - 35 a 55 anos - quando entrevistados, um deles em 1978-1979 e o outro em 1991. Para a coorte mais antiga, o principal fator no bem-estar (indicado pela auto-estima, pela satisfação com a vida, pelo senso de controle sobre sua própria vida e pela ausência de depressão) era a geratividade como genitor; para a coorte posterior, o bem-estar estava ligado sobretudo à geratividade como cônjuge. Essas descobertas contrastantes podem refletir mudanças nas expectativas sociais. No final dos anos de 1970, as mulheres - mesmo as que ocupavam cargos socialmente valorizados - deviam descobrir sua identidade básica na maternidade. Ao final da década de 1990, as mulheres estavam se casando mais tarde e tendo menos filhos, e o papel do cônjuge pode ter assumido maior importância (MacDermid, Heilbrun e DeHaan, 1997).

Carol Ryff: As Múltiplas Dimensões do Bem-Estar

O bem-estar tem muitas facetas, e os diversos pesquisadores utilizaram critérios diferentes para medi-lo, tornando difícil a comparação de resultados. Já Carol Ryff e colaboradores (Keyes e Ryff, 1999; Ryff, 1995; Ryff e Singer, 1998), utilizando-se de uma gama de teorias, desde a de Erikson até a de Maslow, desenvolveram um modelo multifacetado que inclui seis dimensões, de bem-estar e uma escala de auto-avaliação para medi-las. As seis dimensões são: *auto-aceitação, relações positivas com outras pessoas, autonomia, domínio do ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal* (ver Tabela 16-3). Segundo Ryff, pessoas psicologicamente saudáveis apresentam atitudes positivas em relação a si mesmas e aos outros. Elas tomam suas próprias decisões e regulam seu próprio comportamento, e escolhem ou moldam ambientes compatíveis com suas necessidades. Possuem objetivos que dão significado à sua vida e esforçam-se para explorar e desenvolver-se o máximo possível.

Uma série de estudos transversais baseados na Escala de Ryff indicam que a meia-idade é um período de saúde mental geralmente positiva (Ryff e Singer, 1998). Pessoas de meia-idade expressaram maior bem-estar do que adultos mais velhos e mais jovens

Tabela 16-3 Dimensões do Bem-Estar Utilizadas na Escala de Ryff

Auto-aceitação

Indivíduo com alta pontuação: possui uma atitude positiva em relação a si mesmo; reconhece e aceita múltiplos aspectos de si mesmo, incluindo boas e más qualidades; sente-se positivo em relação ao seu passado.

Indivíduo com baixa pontuação: sente-se insatisfeito consigo mesmo; sente desapontamento com o passado; tem problemas em relação a certas qualidades pessoais; quer ser diferente do que é.

Relações positivas com os outros

Indivíduo com alta pontuação: tem relacionamentos afetuosos, satisfatórios e de confiança com outras pessoas; preocupa-se com o bem-estar dos outros; é capaz de forte empatia, afeição e intimidade; compreende o dar e receber dos relacionamentos humanos.

Indivíduo com baixa pontuação: tem poucos relacionamentos próximos, de confiança, com outras pessoas; acha difícil ser afetuoso, receptivo e interessado em relação aos outros; é isolado e frustrado nos relacionamentos interpessoais; não se dispõe a fazer concessões para manter vínculos importantes com os outros.

Autonomia

Indivíduo com alta pontuação: é autodeterminado e independente; é capaz de resistir às pressões sociais para pensar e agir de determinadas maneiras; controla o comportamento por critérios próprios; avalia a si mesmo por padrões pessoais.

Indivíduo com baixa pontuação: preocupa-se com as expectativas e com as avaliações dos outros; depende do julgamento dos outros para tomar decisões importantes; conforma-se às pressões sociais para pensar e agir de determinadas maneiras.

Domínio do ambiente

Indivíduo com alta pontuação: possui um senso de domínio e de competência no manejo do ambiente; controla uma gama complexa de atividades externas; faz uso das oportunidades que o cercam; é capaz de escolher ou de criar contextos adequados a necessidades e a valores pessoais.

Indivíduo com baixa pontuação: tem dificuldade para administrar assuntos do cotidiano; sente-se incapaz de mudar ou de melhorar o contexto que o cerca; ignora as oportunidades que o cercam; carece de um senso de controle sobre o mundo externo.

Propósito na vida

Indivíduo com alta pontuação: tem objetivos na vida e um senso de direção; sente que existe um significado na vida atual e passada; mantém crenças que dão propósito à vida; tem metas e objetivos para a vida.

Indivíduo com baixa pontuação: carece de um senso de significado na vida; tem poucas metas e poucos objetivos, carece de um senso de direção; não vê propósito no passado; carece de perspectivas ou de crenças que deem significado à vida.

Crescimento pessoal

Indivíduo com alta pontuação: sente-se em desenvolvimento constante; vê o self como em crescimento e em expansão; está aberto a novas experiências; tem o senso de realizar seu potencial; identifica aperfeiçoamento em si e no comportamento no decorrer do tempo; está mudando em aspectos que refletem mais autoconhecimento e efetividade.

Indivíduo com baixa pontuação: tem uma sensação de estagnação pessoal; carece da noção de aperfeiçoamento ou expansão no decorrer do tempo; sente-se entediado com a vida e desinteressado por ela; sente-se incapaz de desenvolver novas atitudes ou comportamentos.

Fonte: Adaptado de Keyes e Ryff, 1999, Tabela I, p. 163.

em alguma áreas - mas não em outras. Elas eram mais autônomas do que adultos mais jovens, mas um pouco menos determinadas e menos concentradas no crescimento pessoal - dimensões orientadas ao futuro que diminuam ainda mais drasticamente ao final da idade adulta. O domínio do ambiente, por outro lado, aumentou durante meados e final da idade adulta. A auto-aceitação mostrou-se relativamente estável em todas as faixas etárias. Evidentemente, uma vez que essa pesquisa era transversal, não sabemos se as diferenças deviam-se à maturação, ao envelhecimento ou a fatores de coorte.

Os estudos também examinaram as influências de gênero e de classe. De modo geral, o bem-estar de homens e de mulheres era muito semelhante, mas as mulheres tinham mais relacionamentos sociais positivos. O bem-estar era maior para homens e para mulheres com mais educação e com melhores empregos (Ryff e Singer, 1998).

Na verdade, o trabalho remunerado - há muito considerado fundamental ao bem-estar dos homens - hoje está sendo reconhecido como importante fonte de bem-estar também para as mulheres, proporcionando um senso de independência e de competência separado das obrigações familiares. Apesar do potencial de estresse, muitas mulheres de meia-idade parecem florescer melhor com múltiplas funções (Antonucci e Akiyama, 1997; Barnett, 1997).

A Meia-idade é o Apogeu na Vida de uma Mulher?

Para muitas mulheres, como Madeleine Albright, o final da meia-idade pode ser o apogeu da vida, como os primeiros estudos de crises normativas sugeriram que o é para os homens. Em uma amostra transversal de quase 700 alunas de 26 a 80 anos da Mills College, as mulheres no início dos 50 anos costumavam descrever suas vidas como excelentes (Mitchell e Helson, 1999). Elas eram suficientemente jovens para ter boa saúde e suficientemente velhas para já ter lançado os filhos e ter segurança financeira. A vida em casa era mais simples; a energia antes dedicada à criação dos filhos foi redirecionada aos parceiros, ao trabalho, à comunidade ou a si mesmas. Tendiam a se importar com os outros, demonstrando geratividade. Haviam desenvolvido maior confiança, envolvimento, segurança e amplitude de personalidade.

De modo análogo, a maioria das mulheres no estudo longitudinal de Helson com diplomadas de Mills considerava o início dos 40 a época de maior turbulência, mas no início dos 50 anos classificavam sua qualidade de vida como elevada. Elas eram mais autoconfiantes, independentes, resolutas e dominantes e demonstravam mais autoafirmação e menos autocritica do que antes na vida. Elas se sentiam mais confortáveis consigo mesmas, em parte porque estavam aderindo a seus padrões pessoais (Helson e Wink, 1992; ver Tabela 16-4). Embora no início dos 40 anos essas mulheres estivessem plenamente conscientes do relógio social, no início dos 50 não estavam mais preocupadas em satisfazer as expectativas externas (Helson, 1997; Helson e McCabe, 1993).

Condizente com a teoria de Jung, o maior bem-estar das mulheres pode ser o resultado de um balanço na meia-idade que conduz à busca de aspirações anteriormente negligenciadas. Em um estudo longitudinal com a classe de 1964 da Radcliffe College, as conseqüências de um balanço na meia-idade pareciam mais substanciais para as mulheres que gostariam de ter explorado opções profissionais ou educacionais mais plenamente antes de assumir os papéis familiares tradicionais. Aproximadamente dois terços das mulheres dessa classe empreenderam importantes mudanças de vida entre 37 e 43 anos. As mulheres que tinham insatisfações e que mudaram suas vidas por isso desfrutavam maior bem-estar e melhor adaptação psicológica ao final de seus 40 anos do que aquelas que tinham insatisfações, mas *não* fizeram as mudanças desejadas (Stewart e Ostrove, 1998; Stewart e Vandewater, 1999).

As mulheres com curso superior nesses estudos não são, evidentemente, representativas de toda a população. Além disso, as mudanças pelas quais elas passaram não são necessariamente ligadas à maturação, as quais ocorreriam independentemente de classe, de coorte e de cultura. As mulheres nesses estudos eram pertencentes à primeira geração de mulheres norte-americanas de classe média a experimentar uma transição entre papéis femininos tradicionais e não-tradicionais. Socializadas para serem donas-de-casa e mães, amadureceram em uma época na qual muitas mulheres começaram a aproveitar a expansão das oportunidades educacionais e vocacionais. Seu padrão de meia-idade não era característico da geração de suas mães, que geralmente aceitavam os papéis femininos tradicionais (Stewart e Ostrove, 1998; Stewart e Vandewater, 1999). Esse padrão tampouco pode ser aplicado a coortes mais recentes que ini-

Tabela 16-4 Sentimentos em Relação à Vida Relatados pelas Mulheres no Início de seus 50 anos

	Mais verdadeiro agora do que no início dos 50 anos	Menos verdadeiro agora do que no início dos 50 anos
<i>Questionamento da Identidade e turbulência:</i>		
Excitação, turbulência em torno de meus impulsos e potencial	21	56
Em busca de um entendimento de quem eu sou	28	47
Ansiosa de que não viverei de acordo com meu potencial	25	47
Chegar perto do final de uma estrada e não encontrar outra	27	45
<i>Segurança de status:</i>		
Sentir-se estabelecida	78	11
Influência em minha comunidade ou campo de interesse	63	24
Um novo nível de produtividade	70	11
Sentir-me seletiva no que faço	91	2
Sentimento de ser minha própria pessoa	90	3
<i>Amplitude e complexidade cognitiva:</i>		
Fazer uso tanto de sentimento como de racionalidade para tomar decisões	76	1
Compreender padrões mais amplos de significado e de relacionamento	72	7
Apreciar minha complexidade	69	10
Descobrir novas partes de mim mesma	72	11
<i>Orientação presente mais que futura:</i>		
Foco na realidade - satisfazer as necessidades do dia e não ser muito emotiva em relação a elas	76	6
Mais satisfeita com o que tenho; menos preocupada com o que não vou conseguir	76	11
Sentir a importância do passar do tempo	76	10
<i>Adaptação e tranquilidade nas relações</i>		
Sentir-se segura e comprometida	71	12
Sentir que minha vida está andando bem	74	15
Sentir-se otimista em relação ao futuro	58	20
Um novo nível de intimidade	53	30
Fazer coisas pelos outros e depois se sentir explorada	14	56
Sentir-se muito só	26	45
Sentimentos de competição com outras mulheres	7	63
Sentir raiva dos homens e da masculinidade	14	52
<i>Consciência do envelhecimento e da redução de vitalidade</i>		
Parecer velha	70	15
Ser tratada como pessoa de idade	64	14
Reduzir a intensidade de meus esforços de realização	44	26
Apreciar uma vida social ativa	27	52
Estar muito interessada em sexo	19	64

Nota: As mulheres julgaram se cada item era mais aplicável a elas agora do que no início de seus 40 anos, menos aplicável agora do que então ou mais ou menos a mesma coisa.

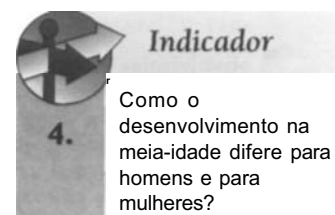
Fonte: Helson e Wink, 1992.

ciaram carreiras mais cedo e adiaram a maternidade por mais tempo ou a mulheres de outros grupos socioeconômicos (Stewart e Ostrove, 1998; Stewart e Vandewater, 1999).

Identidade de Gênero

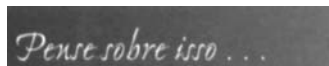
Na teoria e na pesquisa sobre personalidade, questões relacionadas com o gênero têm sido as mais provocativas. Em muitos estudos realizados nos anos de 1960, 1970 e 1980, homens de meia-idade eram mais abertos em relação aos sentimentos, mais interessados em relacionamentos e mais zelosos (características tradicionalmente rotuladas como femininas) (Cooper e Gutmann, 1987; Cytrynbaum et al., 1980; Helson e Moane, 1987; Huyck, 1990; Neugarten, 1968) do que em idades anteriores, ao passo que mulheres de meia-idade eram mais assertivas, autoconfiantes e orientadas às realizações (características tradicionalmente rotuladas como masculinas).

Alguns cientistas sociais atribuem esse desenvolvimento a mudanças hormonais na meia-idade (Rossi, 1980). Jung via-o como parte do processo de individuação ou de equilíbrio de personalidade. O psicólogo David Gutmann (1975, 1977, 1985, 1987) oferece uma explicação que vai além da de Jung.



permutação de gênero

Na terminologia de Gutmann, é a inversão nos papéis de gênero após o término da criação ativa dos filhos.



- Pelo que você observa, homens e mulheres enfrentam desafios de tipos semelhantes ou diferentes na meia-idade?

Os papéis tradicionais de gênero, segundo Gutmann, desenvolveram-se para garantir a segurança e o bem-estar de crianças em crescimento. A mãe deve ser, a cuidadora, o pai, o provedor. Uma vez finalizada a criação ativa dos filhos, os papéis não apenas se equilibram, como também se invertem - ocorre uma **permutação de gênero**. Os homens, agora livres para explorar seu lado "feminino" anteriormente reprimido, tornam-se mais passivos; as mulheres tornam-se mais dominantes e independentes.

Essa mudança pode ter sido normativa nas sociedades agrícolas pré-letradas estudadas por Gutmann, as quais possuíam papéis de gênero muito distintos, mas elas não são necessariamente universais (Franz, 1997). Na sociedade norte-americana de hoje, os papéis de homens e de mulheres estão se tornando menos distintos. As mulheres dedicam mais tempo ao trabalho remunerado e menos nos afazeres domésticos do que no passado; para os homens ocorre o inverso (Verbrugge, Gruber-Baldini e Fozard, 1996). Em uma época em que a maioria das mulheres jovens divide-se entre o emprego e a criação dos filhos, quando muitos homens assumem um papel ativo na criação dos filhos e quando a criação de filhos pode nem sequer começar até a meia-idade, a permutação de gênero na meia-idade parece menos provável. Na verdade, a própria utilização das palavras "masculino" e "feminino" para descrever traços de personalidade como "dominante" e "submisso" tornou-se questionável (Antonucci e Akiyama, 1997; James e Lewkowicz, 1997).

O quão bem, então, a teoria de "permutação de gênero" de Gutmann sustentou-se? Em estudos, como os recém-citados, que constataram uma "masculinização" das mulheres e uma "feminização" dos homens cada vez maior ao longo da idade adulta, a quantidade e o padrão da mudança varia. Um fator parece ser a metodologia. Alguns estudos (inclusive o de Gutmann) utilizaram instrumentos que medem valores, objetivos, interesses ou motivações (por exemplo, a relativa prioridade que homens e mulheres dão à carreira e à família). Outros estudos mediram traços de personalidade, como competitividade ("masculino") e complacência ("feminino"). Alguns estudos são longitudinais e outros são transversais. A maioria não leva em consideração possíveis diferenças de coorte (Parker e Aldwin, 1997).

Uma análise sequencial dos dados de dois estudos longitudinais que juntos acompanharam homens e mulheres de 20, 30 e 40 anos, em sua maioria com bom nível de instrução, por mais de duas décadas (1969-1991) tinha como objetivo resolver essas questões metodológicas (Parker e Aldwin, 1997). Os estudos utilizaram tanto medidas de personalidade como medidas orientadas a valores.

As medidas de personalidade não apresentaram mudanças relacionadas com a idade: tanto homens como mulheres tornaram-se cada vez mais "masculinos" (ou cada vez menos "femininos") dos 20 aos 30 anos. Contudo, essa tendência estabilizou-se aos 40. Em oposição ao modelo de Gutmann, *não* houve permutação de gênero. Também não se evidenciou aumento da androginia (ver Capítulo 8) em coortes sucessivas. Independentemente de idade ou de coorte, os homens permaneceram mais "masculinos" do que as mulheres.

As medidas orientadas a valores indicavam o que inicialmente pareciam ser mudança, mas depois revelaram-se diferenças de coorte. Por exemplo, homens e mulheres em uma coorte tornaram-se menos orientados à família e mais orientados à carreira entre os 20 e os 30 anos (1969-1979) e, depois mais orientados à família entre os 30 e os 40 anos (1979-1991). Entretanto, essa poderia não ser uma mudança de desenvolvimento, uma vez que uma coorte mais jovem que estava em seus 20 anos durante o segundo período de tempo (a década de 1980) seguiu a mesma mudança, da carreira para a família, durante esse período que a coorte mais velha, mas em idade mais precoce. Assim, as mudanças de valores provavelmente deveram-se a influências socioculturais ou históricas que afetaram ambas as coortes ao mesmo tempo.

A condição socioeconômica pode fazer diferença. Em um estudo longitudinal de 12 anos orientado a valores e realizado durante a década de 1970, os pesquisadores entrevistaram periodicamente 216 adultos jovens e de meia-idade, em sua maioria brancos de classe média ou baixa, sobre suas necessidades de poder e de afiliação (intimidade). Em conformidade com os padrões convencionais, as mulheres de qualquer idade demonstraram maior necessidade de afiliação do que os homens; embora a necessidade de intimidade dos homens aumentasse com o envelhecimento, eles permaneceram tão centrados no poder como sempre. As mulheres mais jovens, que estavam no final dos 50 anos ao final do estudo, não demonstraram uma maior necessidade de poder, e os homens mais jovens demonstraram mais preocupações de afiliação do que homens

mais velhos, mas, como no estudo de Parker-Aldwin, esses parecem ser efeitos de coorte sem relação com o término da criação ativa dos filhos (James e Lewkowicz, 1997).

Um estudo orientado à personalidade que de fato constatou mudanças opostas em homens e mulheres foi o estudo longitudinal de Mills. Entre o fim e o início da criação ativa dos filhos, as mulheres de Mills aumentaram mais do que seus parceiros masculinos em competência, em confiança e em independência, ao passo que os homens aumentaram mais em traços de afiliação. As mulheres mudaram mais drasticamente do que os homens, talvez porque a vida das mulheres nos Estados Unidos tenha mudado mais do que a dos homens entre as décadas de 1970 e 1990, quando os filhos desses casais estavam crescendo (Helson, 1997). Contudo, essas mudanças não chegaram a constituir uma permutação de gênero. Na verdade, em consonância com a visão de Jung, a mais alta qualidade de vida das mulheres aos 50 anos estava associada com um *equilíbrio* entre autonomia e envolvimento em um relacionamento íntimo (Helson, 1993).

Pesquisas adicionais utilizando métodos sofisticados e amostras diversas, sem dúvida, irão contribuir para nossa compreensão da mudança e da continuidade nas personalidades e nas atitudes de homens e de mulheres na meia-idade. Duas coisas parecem claras: (1) o desenvolvimento da identidade de gênero durante a idade adulta é muito mais complexo do que uma simples permuta de gênero; (2) as influências da coorte e da cultura e do curso de vida individual precisam ser levadas em conta.

Mudanças nos Relacionamentos na Idade Adulta

É difícil generalizar sobre o significado dos relacionamentos na meia-idade na atualidade. Além de esse período abranger 25 anos de desenvolvimento, ele abarca uma multiplicidade de trajetórias de vida mais ampla do que nunca. Uma pessoa de 45 anos pode estar casada e criando os filhos; outra pode estar pensando em se casar ou estar, como Madeleine Albright, à beira do divórcio. Uma pessoa de 60 anos pode ter uma ampla rede de amigos, de parentes e de colegas; outra pode não ter parentes vivos e ter somente algumas amigas íntimas. Para a maioria das pessoas de meia-idade, contudo, os relacionamentos com os outros são muito importantes - talvez de um modo diferente do que em períodos anteriores da vida.

Teorias do Contato Social

Segundo a **teoria do comboio social**, as pessoas passam pela vida cercadas por *comboios sociais*: círculos de amigos próximos e de familiares com os quais elas podem contar para auxílio, para bem-estar e para apoio social e as quais elas, por sua vez, também oferecem assistência, interesse e ajuda (Antonucci e Akiyama, 1997; Kahn e Antonucci, 1980). Embora os comboios geralmente apresentem grande estabilidade, sua composição pode mudar. Em certa época, os laços com os irmãos podem ser mais significativos; em outra, os laços com os amigos (Paul, 1997).

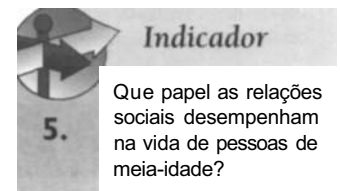
Em um estudo, pessoas de uma ampla variedade de idades, de 8 a 93 anos, identificaram três círculos concêntricos de comboios sociais, com o círculo interno contendo as pessoas mais próximas e mais importantes para elas - normalmente o cônjuge, os filhos e os pais. Os entrevistados de meia-idade tinham os comboios mais amplos, em média cerca de 10 a 11 pessoas e diminuindo ligeiramente após os 50 (tendência que, como veremos no Capítulo 18, continua durante a terceira idade). Os comboios das mulheres, particularmente o círculo interno, eram maiores do que os dos homens (Antonucci e Akiyama, 1997).

A **teoria de seletividade socioemocional** de Laura Carstensen (1991, 1995, 1996) oferece uma perspectiva abrangente sobre o papel dos comboios sociais na meia-idade. Segundo Carstensen, a interação social tem três principais objetivos: (1) ela é uma fonte de informações; (2) ela ajuda as pessoas a desenvolver e a manter seu senso de identidade; e (3) ela é uma fonte de prazer e de conforto ou de bem-estar emocional. No primeiro ano de vida, a necessidade de apoio emocional é suprema. Da infância ao início da idade adulta, a busca de informações fica em primeiro plano. À medida que os jo-

VERIFICADOR

Você é capaz de...

- ✓ Discutir a relação entre geratividade, saúde mental e bem-estar?
- ✓ Explicar a importância de uma medida multifacetada do bem-estar e citar e descrever as seis dimensões no modelo de Ryff?
- ✓ Explicar como um balanço da meia-idade pode afetar o bem-estar?
- ✓ Comparar as concepções de Jung e de Guttmann acerca das mudanças na identidade de gênero na meia-idade e avaliar o apoio que elas têm da pesquisa?



teoria do comboio social

Teoria de envelhecimento, proposta por Kahn e Antonucci, que afirma que as pessoas passam pela vida cercadas por círculos concêntricos de relações íntimas com variados graus de proximidade, com as quais elas podem contar para auxílio, para bem-estar e para apoio social.

teoria de seletividade socioemocional

Teoria, proposta por Carstensen, de que as pessoas escolhem seus contatos sociais durante a vida com base na importância relativa da interação social como fonte de informação, como auxílio no desenvolvimento e na manutenção de um autoconceito e como fonte de bem-estar.

vens esforçam-se para compreender sobre sua sociedade e seu lugar nela, estranhos podem bem ser as melhores fontes de conhecimento. Na meia-idade, outros métodos de coleta de informações (tais como a leitura) tornam-se mais eficientes, e a função de regulação das emoções dos contatos sociais torna-se de novo central. As pessoas tornam-se mais seletivas em relação a esses contatos, preferindo a companhia de seus "comboios sociais" - pessoas com as quais podem contar em época de necessidade.

Relacionamentos e Qualidade de Vida

A maioria dos adultos de meia-idade e mais velhos são otimistas em relação à qualidade de suas vidas à medida que envelhecem, segundo uma pesquisa postal com 1.384 adultos de 45 anos ou mais (NFO Research, Inc., 1999). Embora considerem que relacionamentos sexuais satisfatórios sejam importantes para a qualidade de vida, os relacionamentos sociais são ainda mais importantes. Aproximadamente 90% dos homens e das mulheres dizem que um bom relacionamento com um cônjuge ou com um parceiro é importante para sua qualidade de vida, assim como laços íntimos com amigos e com a família.

Como na idade adulta jovem, os relacionamentos parecem ser bons tanto para a saúde física como para a saúde mental. Em um estudo longitudinal com 32.624 homens norte-americanos saudáveis de 42 a 77 anos, homens socialmente isolados - os que não eram casados, tinham menos do que seis amigos e parentes e não pertenciam a grupos religiosos ou comunitários - tinham maior probabilidade de morrer de doença cardiovascular, de acidentes ou de suicídio durante os quatro anos seguintes do que homens com redes sociais mais amplas (Kawachi et al., 1996).

Por outro lado, os relacionamentos na meia-idade também apresentam demandas que podem ser estressantes e restritivas. Essas demandas e suas repercussões psicológicas tendem a recair mais pesadamente sobre as mulheres. O senso de responsabilidade e de preocupação com os outros pode prejudicar o bem-estar de uma mulher quando problemas ou infortúnios atingem seu parceiro, seus filhos, seus pais, seus amigos e seus colegas de trabalho. Esse "estresse vicário" pode ajudar a explicar por que mulheres de meia-idade são especialmente suscetíveis à depressão e a outros problemas de saúde mental e por que elas tendem a ser mais infelizes com seus casamentos do que os homens (Antonucci e Akiyama, 1997; Thomas, 1997).

Ao estudar os relacionamentos sociais, portanto, não podemos esquecer que seus efeitos podem ser tanto positivos como negativos. "Mais" não significa necessariamente "melhor"; o que importa é a qualidade de um relacionamento e seu impacto sobre o bem-estar, e esses atributos podem mudar de tempos em tempos (Paul, 1997).

Nas seções restantes deste capítulo, examinaremos como se desenvolvem os relacionamentos íntimos durante a meia-idade. Primeiramente, examinaremos os relacionamentos com cônjuges, com parceiros homossexuais e com amigos; depois, os laços com crianças em amadurecimento; e, por fim, as ligações com os pais já idosos, com os irmãos e com os netos.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir dois modelos teóricos da seleção de contatos sociais?

Pense sobre isso ...

- Os modelos de comboio social ou a teoria da seletividade socioemocional parecem-lhe válidos segundo sua experiência pessoal e a de pessoas que você conhece bem?

Relações Consensuais

Os casamentos, as uniões homossexuais e as amizades costumam envolver duas pessoas da mesma geração e envolvem escolha mútua. Como são esses relacionamentos na meia-idade?

Casamento

O casamento na meia-idade é hoje muito diferente do que costumava ser. Quando as expectativas de vida eram mais curtas, os casais que permaneciam juntos por 25,30 ou 40 anos eram raros. O padrão mais comum era o de os casamentos serem rompidos por morte e os sobreviventes terem uma segunda união. As pessoas tinham muitos filhos, e eles deviam viver em casa até se casarem. Era incomum que um marido e uma esposa de meia-idade ficassem sozinhos juntos. Hoje, mais casamentos terminam em divórcio, mas os casais que permanecem juntos podem, com frequência, desfrutar 20 anos ou mais de vida conjugal até que o último filho saia de casa.



Indicador

Os casamentos tornam-se mais felizes ou infelizes durante os anos intermediários?

O que acontece com a qualidade de um casamento de longa duração? A satisfação conjugal, em quase todos os estudos, segue uma curva em forma de U: após os primeiros anos de casamento, a satisfação parece diminuir e depois, em algum momento da meia-idade, ela volta a aumentar durante a primeira parte da terceira idade (Anderson, Russell e Schumm, 1983; Gilford, 1984; Glenn, 1991; Gruber e Schaie, 1986; Hiedemann, Suhomlinova e O'Rand, 1998; Lavee, Sharlin e Katz, 1996; Orbuch, House, Mero e Webster, 1996).

Embora o padrão em forma de U esteja bem-establishado, a pesquisa foi criticada por sua metodologia. Muitos dos primeiros estudos investigaram apenas a satisfação do marido ou da esposa, e não de ambos. Além disso, a maioria dos estudos são transversais: eles indicam diferenças entre casais de coortes diferentes mais do que mudanças nos *mesmos* casais, e eles enfocam a idade, e não a duração do casamento. Ademais, os relatos de aumento da satisfação conjugal na terceira idade podem em parte refletir o fato de que amostras mais antigas não incluem casais que se divorciaram durante o período de estudo (Blieszner, 1986; Lavee et al., 1996).

Uma análise dos dados de duas pesquisas de indivíduos em seus primeiros casamentos, realizada em 1986 e 1987-88 (Orbuch et al., 1996), procurou averiguar o momento exato em que ocorrem a queda e o aumento na satisfação, e por quê. As amostras eram, por necessidade, transversais (não existem dados longitudinais comparáveis que abranjam todo o ciclo da idade adulta), mas elas eram amplas (total de 8.929), e uma delas era de representatividade nacional. Tanto homens como mulheres foram incluídos, e a satisfação conjugal foi medida de acordo com a duração do casamento. Para controlar distorções nos dados devido ao término de casamentos insatisfatórios, técnicas estatísticas simularam a inclusão desses casais, atribuindo-lhes baixa qualidade conjugal.

O quadro que surgiu é uma clara confirmação do padrão em forma de U. Durante os primeiros 20 a 24 anos de casamento, quanto maior o tempo de matrimônio, menor tendia ser a satisfação do casal. Depois a associação entre satisfação conjugal e duração do casamento começa a tornar-se positiva. Dos 35 aos 44 anos de casamento, um casal tende a ser ainda mais satisfeito do que durante os primeiros quatro anos.

Os anos de declínio conjugal são aqueles em que as responsabilidades conjugais e profissionais tendem a ser maiores (Orbuch et al., 1996). Dois fatores importantes nas demandas sobre os pais são as finanças da família e o número de filhos ainda em casa. A pressão de renda muito baixa e muitas bocas para alimentar sobrecarrega um relacionamento, especialmente se os fardos não são uniformemente divididos (Lavee et al., 1996).

A curva em forma de U geralmente atinge o mínimo durante a meia-idade, quando muitos casais tendem a estar com filhos adolescentes e a ter grande envolvimento com o trabalho. A satisfação geralmente atinge o máximo quando os filhos estão crescidos; muitas pessoas estão ingressando na aposentadoria ou já estão aposentadas, e o acúmulo de recursos durante uma vida inteira ajuda a aliviar as preocupações financeiras (Orbuch et al., 1996).

A satisfação conjugal na meia-idade pode depender fundamentalmente de sua qualidade até então. Entre 300 casais que eram felizes no casamento há pelo menos 15 anos, tanto homens como mulheres atribuíam isso a uma atitude positiva em relação ao cônjuge como amigo e como pessoa, ao comprometimento com o casamento e à crença em sua santidade e à convergência de objetivos e de metas. Casais felizes no casamento passavam muito tempo juntos e compartilhavam de muitas atividades (Lauer e Lauer, 1985).

Divórcio na Idade Adulta

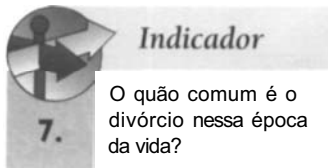
A maioria dos divórcios ocorre durante os primeiros 10 anos de matrimônio (Clarke, 1995). Assim, para pessoas que, como Madeleine Albright, passam por um divórcio na meia-idade, quando talvez achassem que sua vida

Pense sobre isso . . .

- Quantos casais muito felizes no casamento você conhece? As qualidades que parecem caracterizar esses casamentos são semelhantes às mencionadas no texto?



A independência de um filho ou de uma filha pode trazer vida nova a um casamento durante a meia-idade. A satisfação conjugal geralmente melhora quando os filhos já cresceram.



capital conjugal

Benefícios financeiros e emocionais acumulados durante um casamento de longa duração, os quais tendem a manter um casal unido.

ninho vazio

Fase de transição na criação dos filhos depois que o último deles deixa o lar dos pais.

estava estabelecida, o rompimento pode ser traumático. Isso pode aplicar-se particularmente às mulheres, que são mais adversamente afetadas pelo divórcio em qualquer idade do que os homens (Marks e Lambert, 1998).

O senso de violação de expectativas pode estar diminuindo à medida que o divórcio na meia-idade torna-se mais comum (Marks e Lambert, 1998; Norton e Moorman, 1987). Embora as taxas de divórcio tenham, em geral, atingido o máximo em 1979-80, elas continuaram crescendo para casamentos de mais tempo (National Center for Health Statistics [NCHS], 1992). Essa mudança parece dever-se sobretudo à crescente independência econômica das mulheres. Entretanto, a condição socioeconômica e o momento de partida dos filhos afetam a equação, como foi constatado em um estudo longitudinal de 20 anos com 2.484 mães em seus primeiros casamentos, oriundas de uma amostra de representatividade nacional de mulheres que tinham entre 30 e 44 anos quando o estudo começou (Hiedemann et al., 1998).

Casamentos mais antigos podem ser menos propensos a se romper do que casamentos mais recentes, sugeriram os pesquisadores, pois, à medida que permanecem juntos, os casais acumulam **capital conjugal**, benefícios financeiros e emocionais do casamento dos quais é difícil abrir mão (Becker, 1991; Jones, Tepperman e Wilson, 1995). A educação superior diminui o risco de separação ou de divórcio após a primeira década de casamento, talvez porque mulheres com curso superior e seus maridos tendem a ter acumulado mais bens conjugais e podem ter mais a perder com o divórcio do que casais com menor nível de instrução (Hiedemann et al., 1998). Para mulheres com menor nível de instrução e com menos capital conjugal em jogo, a independência financeira pode ser um estímulo ao divórcio (Hiedemann et al., 1998).

Os efeitos do **ninho vazio** - a transição que ocorre quando o/a filho/a mais jovem sai de casa - dependem da qualidade e da duração de um casamento. Em um bom casamento, a partida dos filhos crescidos pode introduzir uma segunda lua-de-mel (Robinson e Blanton, 1993). Em um casamento inseguro, se um casal permaneceu junto por causa das crianças, ele pode agora não ver motivo para prolongar sua união. Quanto menor o tempo de casamento, maior o risco de rompimento. Um casamento de 30 anos pode permitir que um casal acumule mais capital conjugal protetor do que um casamento de 20 anos, afora o investimento nos filhos (Hiedemann et al., 1998).

Segundo projeções, as taxas de divórcio entre os nascidos logo após a Segunda Guerra Mundial, hoje com 50 anos, muitos dos quais casados mais tarde e com menos filhos do que nas gerações anteriores, devem continuar crescendo (Hiedemann et al., 1998; Uhlenberg, Cooney e Boyd, 1990). Mesmo em casamentos de longa duração, o número cada vez maior de anos que as pessoas podem esperar viver com boa saúde depois de concluída a criação dos filhos pode tornar a dissolução de um casamento insatisfatório e a perspectiva de um possível novo casamento uma opção mais prática e atraente (Hiedemann et al., 1998).

Além disso, o divórcio hoje pode ser *menos* uma ameaça ao bem-estar na meia-idade do que no início da idade adulta. Essa conclusão provém de um estudo longitudinal de cinco anos que comparou as reações de 6.948 adultos jovens e de meia-idade oriundos de uma amostra de representatividade nacional nos Estados Unidos (Marks e Lambert, 1998). Os pesquisadores utilizaram a medida de bem-estar psicológico em seis dimensões desenvolvida por Ryff, além de outros critérios. Em quase todos os aspectos, pessoas de meia-idade apresentaram mais adaptabilidade do que pessoas mais jovens em face da separação ou do divórcio, apesar de suas perspectivas mais limitadas para um segundo casamento. Sua maior maturidade e seu conhecimento para lidar com os problemas da vida pode ter-lhes dado uma vantagem para lidar com a perda de um cônjuge. Mulheres de meia-idade nessa situação apresentaram melhores relações sociais e melhor domínio de si mesmas do que mulheres mais jovens, assim como menos depressão e hostilidade. Depois de permanecerem separadas ou divorciadas por cinco anos, elas também apresentavam maior senso de autonomia. Diante do término do casamento, homens de meia-idade aceitavam mais sua própria situação do que homens mais jovens. Os que permaneceram separados ou divorciados por cinco anos desenvolveram menos depressão e hostilidade, mas também menos crescimento pessoal (Marks e Lambert, 1998).

Relacionamentos Homossexuais*

Os *gays* e lésbicas que hoje se encontram na meia-idade cresceram em uma época em que a homossexualidade era considerada uma doença mental, e os homossexuais tendiam a se isolar não apenas da comunidade mais ampla, mas também uns dos outros. Hoje, essa geração pioneira está agora começando a explorar as oportunidades inerentes à crescente aceitação da homossexualidade como um modo de vida.

Uma vez que muitos homossexuais não assumem sua condição antes da idade adulta, o momento de ocorrência desse evento crucial pode afetar outros aspectos do desenvolvimento. *Gays* e lésbicas de meia-idade podem estar se associando abertamente pela primeira vez e estabelecendo relacionamentos. Muitos ainda estão resolvendo conflitos com pais e com outros membros da família (às vezes incluindo cônjuges) ou escondendo sua homossexualidade deles.

Devido ao sigilo e ao estigma que cercavam a homossexualidade, estudos de *gays* e de lésbicas tendem a ter problemas de amostragem. As poucas pesquisas realizadas com homossexuais masculinos enfocaram principalmente homens brancos urbanos com renda e com nível de instrução acima da média. Contudo, em um levantamento da American Broadcasting Company - *Washington Post*, um número desproporcional de homossexuais e de bissexuais que assim se identificaram eram afro-americanos ou americanos hispânicos de baixa renda, e mais da metade viviam em cidades pequenas. Além disso, 42% estavam em casamentos heterossexuais e assim eram facilmente ignorados.

Os estudos com lésbicas até agora também tendem a ser em sua maioria com mulheres brancas, de nível superior e de classe média ou alta. Em um estudo, mais de 25% das lésbicas de meia-idade vivam sozinhas, mesmo que estivessem em relacionamentos íntimos (Bradford e Ryan, 1991). Isso pode em parte ser um efeito de coorte; as lésbicas que cresceram nos anos de 1950 podem não se sentir à vontade para viver abertamente com uma parceira, como fazem muitas lésbicas mais jovens hoje em dia.

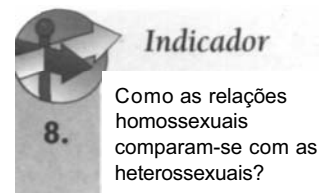
Homossexuais que não assumem sua condição até a meia-idade costumam passar por uma prolongada busca de identidade, marcada pela culpa, pelo sigilo, pelo casamento heterossexual e por relacionamentos conflituosos com ambos os sexos. Em contraste, aqueles que reconhecem e aceitam sua orientação sexual desde cedo costumam atravessar barreiras raciais, socioeconômicas e etárias dentro da comunidade homossexual. Alguns mudam-se para cidades com comunidades homossexuais mais amplas onde têm mais facilidade para procurar e para formar relacionamentos.

De modo geral, os princípios que se aplicam à sustentação de um casamento heterossexual também se aplicam à manutenção de parceiros homossexuais de ambos os sexos. Os relacionamentos homossexuais tendem a ser mais fortes quando conhecidos como tal pela família e pelos amigos e quando o casal busca ambientes homossexuais de apoio (Haas e Stafford, 1998). Assumir a homossexualidade para os pais costuma ser difícil, mas não precisa necessariamente ter um impacto adverso sobre o relacionamento do casal (LaSala, 1998). Quando a família e os amigos são favoráveis e validam o relacionamento, sua qualidade tende a ser mais alta (Smith e Brown, 1997).

Casais de *gays* e de lésbicas tendem a ser mais igualitários do que casais heterossexuais (ver Capítulo 14), mas, como com muitos casais heterossexuais, equilibrar os compromettimentos com a carreira e com o relacionamento pode ser difícil. O que acontece, por exemplo, quando um parceiro tem uma oportunidade de progresso que exige o deslocamento para outra cidade? Casais homossexuais em que um parceiro é menos orientado à carreira do que o outro têm menos dificuldades, mas os casais em que ambos os parceiros são centrados no relacionamento tendem a ser os mais felizes.

Amizades

Poucas pesquisas foram realizadas sobre a amizade na meia-idade. Comparadas com pessoas mais jovens, muitas pessoas de meia-idade têm pouco tempo e pouca energia para dedicar aos amigos; também estão ocupadas demais com a família e com o trabalho e com o estabelecimento de segurança para a aposentadoria. Mesmo assim, as amizades persistem e, como com Madeleine Albright, são uma forte fonte de apoio e bem



VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever a curva em forma de U da satisfação conjugal e citar os fatores que podem ajudar a explicá-la?
- ✓ Dar motivos para a tendência de o divórcio ocorrer no início do casamento e citar fatores que podem aumentar o risco de divórcio na meia-idade?
- ✓ Comparar a formação e a manutenção de relacionamentos homossexuais e heterossexuais?

* A menos que indicado de outra forma, esta discussão baseia-se em Kimmel e Sang, 1995.

estar emocional. Muitas dessas amizades giram em torno do trabalho e da criação dos filhos (Baruch, Barnett e Rivers, 1983; Hartup e Stevens, 1999; House, Landis e Umlerson, 1988). Muitos dos amigos da meia-idade são amigos antigos. A idade é um fator menos importante na formação de novos amigos do que pontos em comum, como casamento, idade das crianças e profissão (Troll, 1975).

A qualidade das amizades na meia-idade costuma compensar o que elas carecem em quantidade de tempo despendido. Especialmente durante uma crise, como o divórcio ou um problema com pais idosos, os adultos recorrem aos amigos em busca de apoio emocional, de orientação prática, de conforto, de companhia e de conversa (Antonucci e Akiyama, 1997; Hartup e Stevens, 1999; Sutor e Pillemer, 1993). Os conflitos com os amigos costumam centrar-se em diferenças de valores, de crenças e de estilos de vida; geralmente esses conflitos pode ser resolvidos conversando e, ao mesmo tempo, mantendo a dignidade e o respeito mútuos (Hartup e Stevens, 1999).

Em idades anteriores, as mulheres tendem a ter menos amizades, ainda que mais íntimas, do que os homens. Contudo, ambos os sexos geralmente incluem dois amigos próximos em seus comboios sociais (Antonucci e Akiyama, 1997). A importância das amizades pode variar ao longo do tempo. Em um estudo longitudinal com 155 homens e mulheres em sua maioria brancos e de classe média e baixa, os amigos eram mais importantes para o bem-estar das mulheres na meia-idade inicial, mas para o bem-estar dos homens na meia-idade tardia (Paul, 1997).

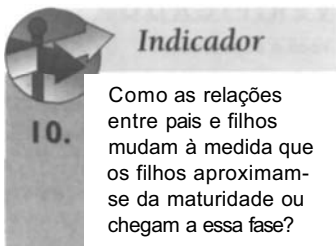
As amizades costumam ter importância especial para os homossexuais. Lésbicas tendem a obter mais apoio emocional de amigas, de amantes e até de ex-parceiras lésbicas do que de parentes. Os homossexuais masculinos também dependem das redes de amizade, as quais criam e mantêm. As redes de amizade proporcionam solidariedade e contato com pessoas mais jovens, o que os heterossexuais de meia-idade normalmente encontram na família. A perda de amigos devido à AIDS foi traumática para muitos homossexuais (Kimmel e Sang, 1995).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir a quantidade, a qualidade e a importância das amizades na meia-idade?

Relacionamentos com Filhos que Estão Amadurecendo



Criar filhos é um processo de deixar acontecer. Esse processo geralmente atinge o clímax durante a meia-idade dos pais. E verdade que, com as tendências modernas de postergar o casamento e o nascimento dos filhos, um número crescente de pessoas de meia-idade hoje enfrentam questões como encontrar uma boa assistência diurna ou um programa de pré-escola e como selecionar os conteúdos dos desenhos animados de sábado de manhã. Mesmo assim, a maioria dos pais na primeira parte da meia-idade precisa enfrentar um conjunto diferente de questões, oriundo do fato de viverem com filhos que logo deixarão o ninho. Quando os filhos tornam-se adultos, os laços entre pais e filhos geralmente diminuem de importância, mas esses laços normalmente duram enquanto pais e filhos viverem.

Filhos Adolescentes: Questões para os Pais

É uma ironia que as pessoas em dois momentos da vida popularmente associados a crises emocionais - adolescência e meia-idade - muitas vezes, vivam no mesmo lar. Geralmente os pais de adolescentes são adultos de meia-idade. Enquanto lidam com suas próprias preocupações especiais, os pais precisam lidar diariamente com jovens que estão passando por grandes mudanças físicas, emocionais e sociais.

Embora a pesquisa contradiga o estereótipo da adolescência como época de inevitável turbulência e rebeldia (ver Capítulo 12), alguma rejeição da autoridade parental é necessária para o jovem em amadurecimento. Uma tarefa importante para os pais é aceitar os filhos como eles são, e não como os pais esperavam que eles fossem.

Teóricos de diversas perspectivas descreveram este período como de questionamento, reavaliação ou reduzido bem-estar para os pais. Contudo, isso não é inevitável, segundo um levantamento com entrevistas realizado junto a 129 famílias com ambos os pais, intactas, em sua maioria brancas, de situação socioeconômica variada, com um primogênito ou primogênita entre as idades de 10 e 15 anos. Mais vulneráveis eram as mães que não tinham um vínculo mais forte com algum trabalho remunerado; ao que

parece, o trabalho pode apoiar a auto-estima dos pais a despeito dos desafios de ter um filho adolescente. Para outros pais, especialmente funcionários de escritório e com curso superior com filhos homens, a adolescência de seus filhos trouxe maior satisfação, bem-estar e até orgulho. Para a maioria dos pais, as mudanças normativas da adolescência provocaram uma mistura de emoções positivas e negativas. Isso se aplicava particularmente às mães com filhas adolescentes jovens, cujos relacionamentos geralmente tendiam a ser tanto próximos quanto repletos de conflitos (Silverberg, 1996).

Quando os Filhos Partem: O Ninho Vazio

A pesquisa também está contestando idéias populares sobre o ninho vazio, uma transição supostamente difícil, especialmente para as mulheres. Embora algumas mulheres, profundamente envolvidas com a maternidade, realmente tenham problemas nessa época, o número, nesse caso, é muito menor do que o daquelas que, como Madeleine Albright, encontram na partida uma libertação (Antonucci e Akiyama, 1997; Barnett, 1985; Chiriboga, 1997; Helson, 1997; Mitchell e Helson, 1990). Atualmente, o preenchimento do ninho por filhos adultos que retornam ao lar (discutidos na seção a seguir) é muito mais estressante (Thomas, 1997).

O ninho vazio não indica o fim da paternidade e da maternidade. Ele é uma transição para uma nova etapa: o relacionamento entre pais e filhos adultos. Para muitas mulheres, essa transição traz alívio para o que Gutmann chamou de "emergência parental crônica" (Cooper e Gutmann, 1987, p. 347). Eles agora podem perseguir seus próprios interesses enquanto usufruem das realizações dos filhos crescidos. O ninho vazio parece de fato ser difícil para mulheres que não se prepararam para isso reorganizando sua vida (Targ, 1979). Essa fase também pode ser difícil para pais que se arrependem por não terem passado mais tempo com os filhos (Rubin, 1979).

Em um estudo longitudinal junto a mulheres casadas e empregadas em múltiplas funções, o ninho vazio *não* tinha efeito sobre a saúde psicológica, mas a redução das atividades profissionais *aumentava* o sofrimento, enquanto trabalhar em tempo integral o *diminuía* (Wethington e Kessler, 1989). Por outro lado, em uma comparação do estresse nas diversas etapas da vida, os homens que estavam na etapa do ninho vazio eram mais propensos a relatar estresse relacionado à saúde (Chiriboga, 1997).

Quando os Filhos Retornam: A Síndrome da Porta Giratória

O que acontece se o ninho não se esvazia quando normalmente deveria, ou se inesperadamente volta a ser preenchido? Em décadas recentes, cada vez mais filhos adultos postergam a partida de casa. Além disso, a **síndrome da porta giratória** (às vezes chamada de *fenômeno bumerangue*) tornou-se mais comum, pois um número crescente de jovens adultos, especialmente de homens, retornam ao lar dos pais, às vezes mais de uma vez. O lar da família pode ser um refúgio conveniente, acessível e de apoio para jovens que estão se estabelecendo ou recuperando o equilíbrio em épocas de dificuldades financeira, conjugai ou de outro tipo.

Segundo o Levantamento Nacional de Famílias e Domicílios, 45% dos pais de 45 a 54 anos com filhos com mais de 18 anos têm um filho adulto vivendo em casa; três de cada quatro jovens de 19 a 34 anos viveram na casa dos pais em algum momento depois dos 19 anos (em 40% dos casos, mais de uma vez). Portanto, essa experiência "não-normativa" está se tornando bastante normativa, especialmente para pais com mais de um filho. Em vez de uma despedida abrupta, a transição do ninho vazio pode ser vista como um processo mais prolongado de separação, muitas vezes, durando vários anos.

A maneira como essa transição desenrola-se para os pais está "fortemente relacionada com a evolução dos filhos durante a transição para a idade adulta" (Aquilino, 1996, p. 435-436). Os que mais tendem a voltar para casa são solteiros, divorciados ou separados e aqueles que terminam um relacionamento de coabitação. Deixar a escola e terminar o serviço militar aumentam as chances de retorno; ter um filho as diminui. Comum como se tornou, a síndrome da porta giratória contradiz a maioria das expectativas dos pais para os jovens adultos. Quando os filhos passam da adolescência para

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar o porquê, e sob quais circunstâncias pais de adolescentes tendem a passar por um processo de reavaliação ou de diminuição do bem-estar?
- ✓ Explicar como a maioria das mulheres e dos homens responde ao esvaziamento do ninho?

síndrome da porta giratória

Tendência entre jovens adultos de retornar ao lar dos pais enquanto estabelecem-se ou em épocas de dificuldades financeira, conjugai ou de outro tipo.

* A menos que indicado de outra forma, esta discussão baseia-se em Aquilino, 1996.

Problemas financeiros ou conjugais induzem um número cada vez maior de filhos adultos a retornar ao "ninho" ou nem sequer deixá-lo. Essa situação não-normativa pode criar estresse para pais na meia-idade, especialmente quando ela não é temporária.

(©The New Yorker Collection 1995 Edward Koren de cartoonbank. Todos os direitos reservados.)



"Eu e sua mãe achamos que está na hora de você encontrar um lugar só seu. Queremos ficar um pouco a sós antes de morrermos."

Pense sobre isso . . .

- Você acha que é uma boa idéia que filhos adultos vivam com os pais? Em caso afirmativo, em que circunstâncias? Que "regras de casa" você acha que devem ser utilizadas?

a idade adulta jovem, os pais esperam que eles se tornem independentes. Sua autonomia é um sinal de êxito dos pais. Como o modelo de momento de ocorrência de eventos prediria, então, um retorno imprevisto ao ninho pode trazer tensão. Sérios conflitos ou hostilidade claramente expressa podem surgir quando um jovem adulto está desempregado e é financeiramente dependente ou retornou depois de um casamento fracassado. As relações são mais tranquilas quando os pais vêem o filho adulto avançando rumo à autonomia, por exemplo, ingressando na faculdade.

As discórdias podem centrar-se nas responsabilidades domésticas e no estilo de vida do filho adulto. O jovem adulto tende a se sentir isolado dos pares, enquanto os pais podem sentir-se impedidos de renovar sua intimidade, de explorar interesses pessoais e de resolver questões conjugais (Aquilino e Supple, 1991). O retorno de um filho adulto funciona melhor quando os pais e o filho negociam papéis e responsabilidades, reconhecendo a condição adulta do filho e o direito à privacidade dos pais.

Cuidando de Filhos Crescidos

Elliott Roosevelt, filho do Presidente Franklin Delano Roosevelt, costumava contar essa história sobre sua mãe, Eleanor Roosevelt: Em um jantar oficial, Eleanor, que estava sentada ao lado dele, inclinou-se e sussurrou algo em seu ouvido. Mais tarde, um amigo perguntou a Elliott, então com 40 anos, o que ela havia dito. "Ela me disse para comer as ervilhas", respondeu ele.

Mesmo depois de terminado o período de criação ativa dos filhos e de eles terem saído de casa para sempre, os pais ainda são pais. O papel de meia-idade dos pais para jovens adultos levanta novas questões e exige novas atitudes e novos comportamentos por parte de ambas as gerações. Alguns pais têm dificuldade para tratar dos filhos como adultos, e muitos adultos jovens têm dificuldade para aceitar que os pais continuem se preocupando com eles.

Ainda assim, os jovens adultos e seus pais geralmente gostam da companhia uns dos outros e relacionam-se bem. Jovens recém-casados (especialmente as mulheres) tendem a manter laços íntimos com os pais, que costumam ajudá-los com dinheiro, a tomar conta dos bebês e a montar seus primeiros lares. Pais e filhos adultos visitam-se com frequência, e casais jovens despendem muito tempo conversando com e sobre os

pais. Os pais geralmente dão aos filhos mais do que recebem deles (Troll, 1989). A continuidade de seu apoio provavelmente reflete a relativa força dos adultos de meia-idade e as necessidades de jovens adultos ao estabelecerem carreiras e famílias (Pearlin, 1980).

A maioria dos pais com filhos adultos expressa satisfação com seu papel de pais e com o que os filhos vieram a ser (Umberson, 1992). Os pais que acreditam que seus filhos tiveram êxito tendem a se sentir bem consigo mesmos. Em um estudo, pesquisadores entrevistaram 215 pais e mães (com idade média de 54 anos) sobre as realizações e a adaptação pessoal e social de seus filhos crescidos. Os pais que consideravam seus filhos como bem-sucedidos e, especialmente, como bem-adaptados obtiveram pontuações mais altas em todas as dimensões de bem-estar (exceto autonomia) do que os que não tinham essa visão. Eles também eram menos propensos à depressão. Contudo, é interessante notar que o bem-estar era *menor* quando os pais achavam que os filhos haviam se saído melhor do que a si mesmos. Nesse casos, o êxito dos filhos pode ser um lembrete doce e amargo das próprias decepções e dos arrependimentos dos pais (Ryff, Lee, Essex e Schmutte, 1994).

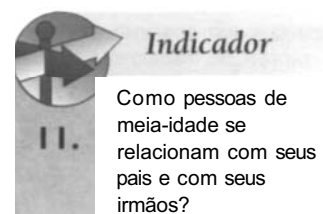
VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar as causas da síndrome da porta giratória e discutir as reações dos pais a ela?
- ✓ Descrever características típicas dos relacionamentos entre pais e filhos crescidos?

Outros Laços de Parentesco

Exceto em tempos de necessidade, os laços com a família de origem - com os pais e com os irmãos - diminuem de importância durante a idade adulta inicial, quando trabalho, cônjuges ou parceiros e filhos têm primazia. Na meia-idade, esses laços de parentesco mais antigos podem reafirmar-se de uma nova maneira, à medida que a responsabilidade pelo cuidado e pelo auxílio de pais idosos começa a se transferir para seus filhos de meia-idade. Além disso, um novo relacionamento e um novo papel tipicamente se inicia nessa época da vida: ser avô ou avó.



Relacionamentos com Pais Idosos

O laço entre filhos de meia-idade e seus pais idosos é forte, desenvolvendo-se a partir da antiga ligação e continuando enquanto ambas as gerações viverem (Cicirelli, 1980, 1989b; Rossi e Rossi, 1990). Sete a cada dez pessoas ingressam na meia-idade com o pai e com a mãe vivos e saem da meia-idade sem nenhum deles (Bumpass e Aquilino, 1993). Os anos intermediários costumam trazer mudanças dramáticas, embora graduais, nas relações com os filhos. Muitas pessoas de meia-idade têm uma visão mais objetiva dos pais do que antes, vendo-os como indivíduos com qualidades e com defeitos. Outra coisa acontece nesse período: um dia um filho ou uma filha olha para o pai ou para a mãe e vê um idoso, e essa percepção pode ser perturbadora (Troll e Fingerman, 1996).

Contato e Auxílio Mútuo

A maioria das adultos de meia-idade e seus pais têm relacionamentos próximos baseados em contato freqüente e mútuo auxílio (Antonucci e Akiyama, 1997). Muitos vivem perto e vêem-se pelo uma vez por semana (American Association of Retired Persons [AARP], 1995; Lin e Rogerson, 1995; Umberson, 1992). Mães e filhas são particularmente propensas a manter contato íntimo (Lee, Dwyer e Coward, 1993; Troll, 1986).

Muitos adultos idosos retomam o papel mais ativo de pais quando um filho precisa de auxílio (Aldous, 1987). E quando eles mesmos precisam de auxílio, seus filhos são as primeiras pessoas às quais eles recorrem e as que mais tendem a ajudar (Field e Minkler, 1988).

Embora a maioria dos adultos mais velhos sejam fisicamente aptos, vigorosos e independentes, alguns buscam o auxílio dos filhos para tomar decisões e podem depender deles para tarefas diárias e para auxílio financeiro. A maioria das pessoas de meia-idade são conscientes de suas obrigações para com os pais e costumam esperar mais de si mesmos do que os próprios pais esperam delas. Entre 144 pares de pais e filhos, ambas as gerações atribuíram importância máxima às mesmas três responsabilidades dos filhos: ajudar os pais a compreender seus recursos, oferecer apoio emocional e conversar sobre assuntos importantes. Ambas as gerações deram menos peso ao ajustamento de

maturidade filial

Etapa de vida, proposta por Marcoen e por outros pesquisadores, em que os filhos de meia-idade, em consequência de uma crise filial, aprendem a aceitar e a satisfazer a necessidade dos pais de depender deles.

crise filial

Na terminologia de Marcoen, desenvolvimento normativo da meia-idade, no qual os adultos aprendem a equilibrar amor e dever com os pais e autonomia em um relacionamento bidirecional.

taxa de suporte parental

Em uma dada população, número de pessoas de 85 anos ou mais para cada 100 pessoas de 50 a 64 anos que podem precisar prestar assistência e apoio para elas.



horários de trabalho ou familiares para ajudar os pais. Os filhos achavam que deveriam dar dinheiro aos pais, mas a maioria dos pais achavam que não. Mais filhos do que pais consideravam importante acomodar um dos pais em seus lares em caso de emergência, tomar conta dos pais quando eles estavam doentes e sacrificar sua liberdade pessoal (Hamon e Blieszner, 1990).

Tornar-se Cuidador de Pais Idosos

A necessidade de cuidar de pais idosos é um fenômeno relativamente recente. Em 1900, um casal de meia-idade tinha apenas 10% de chances de ter pelo menos pai e mãe; em 1976, a probabilidade aumentou para 47% (Cutler e Devlin) 1996). Com o prolongamento do ciclo de vida, alguns estudiosos propuseram uma nova etapa de vida denominada **maturidade filial**, quando filhos de meia-idade "aprendem a aceitar e a satisfazer as necessidades de dependência dos pais" (Marcoen, 1995, p. 125). Esse desenvolvimento normativo é visto como um resultado saudável de uma **crise filial**, na qual os adultos aprendem a equilibrar amor e obrigações com os pais e autonomia em um relacionamento em via dupla.

Apenas um quinto das pessoas mais velhas que precisam de assistência estão internadas (Center on Elderly People Living Alone, 1995b). Com o alto custo dos lares de assistência e com a relutância da maioria dos idosos de entrar e de permanecer neles, muitos idosos dependentes recebem assistência em seu próprio lar ou no lar de um cuidador. As filhas de meia-idade são as que mais tendem a assumir essa responsabilidade - geralmente por mães envelhecidas e enfermas (Matthews, 1995; Troll, 1986). Muitas vezes, surge essa necessidade quando a mãe enviuvou ou quando uma mulher há anos divorciada não tem mais condições de viver sozinha. Os filhos únicos ou mais velhos ou aqueles que vivem perto são os que mais tendem a se tornar cuidadores (Marks, 1996).

Os pressupostos culturais de que cuidar é uma função feminina tornam provável que uma filha assuma esse papel (Matthews, 1995). Além disso, talvez devido à íntima natureza do contato e à força do laço mãe-filha, as mães podem preferir o cuidado de uma filha (Lee et al., 1993). Os filhos realmente contribuem, mais do que muitas vezes se reconhece, mas eles são menos tendentes a prestar assistência básica, pessoal (Marks, 1996; Matthews, 1995).

As chances de tornar-se um cuidador dos pais são maiores do que nunca, e a probabilidade aumenta durante a meia-idade. Vida mais longa significa mais risco de doenças e de deficiências crônicas; as famílias são menores do que no passado, com menos irmãos para dividir os cuidados dos pais. A **taxa de suporte parental** - o número de pessoas de 85 anos ou mais para cada 100 pessoas de 50 a 64 anos - triplicou (de 3 para 10) entre 1950 e 1993, e ela pode triplicar outra vez até 2053 (U. S. Bureau of the Census, 1995). Em termos mundiais, a carga de suporte a idosos será 50% maior em 2025 do que era em 1998 (U. S. Bureau of the Census, 1999b).

Ao mesmo tempo, com mais mulheres trabalhando fora de casa, é mais difícil para elas assumirem o papel adicional de prestação de assistência (Marks, 1996). Cerca de um terço dos cuidadores também trabalham pela remuneração, e mais de um quarto tiveram que abandonar o emprego para cumprir obrigações de prestação de assistência (Noelker e Whitlatch, 1995). Horários de trabalho flexíveis podem ajudar a amenizar esse problema. A Lei de Licença Familiar e Médica, adotada em 1993, garante aos que prestam cuidado uma licença não-remunerada, e algumas grandes corporações oferecem dispensa do trabalho para prestação de assistência. (A assistência a longo prazo é discutida adicionalmente no Capítulo 18.)

Na meia-idade, muitas pessoas podem ter uma visão objetiva de seus pais, sem idealizá-los nem exagerar suas falhas. Essa filha de meia-idade instilando gotas nos olhos da mãe sabe que ela não é mais uma fortaleza e, ao contrário disso, está começando a depender *dela* (filha). Mães e filhas geralmente permanecem mais próximas do que qualquer outra combinação de membros da família.

Tensões da Prestação de Assistência: A Geração Sanduíche

As gerações relacionam-se melhor quando os pais são saudáveis e vigorosos. Quando pessoas de idade ficam enfermas - principalmente se elas sofrem deterioração mental ou mudanças de personalidade - o ônus de cuidar delas pode prejudicar o relacionamento (Cicirelli, 1983; Marcoen, 1995). Cuidar de uma pessoa com limitações físicas é difícil. Pode ser ainda mais difícil cuidar de alguém com demência, que, além de ser incapaz de realizar as funções básicas da vida cotidiana, pode sofrer de incontinência, de desconfiança, de agitação e de alucinações, além de propensão ao sonambulismo, de trazer perigo para si e para os outros e de necessitar de supervisão constante (Biegel, 1995). Muitos cuidadores consideram a tarefa um ônus físico, emocional e financeiro, principalmente se trabalham em tempo integral, estão criando filhos, carecem de apoio e assistência ou se possuem recursos financeiros limitados (Lund, 1993a).

As tensões provêm não apenas da própria assistência, mas também de sua interferência em outros aspectos da vida do cuidador. A necessidade de cuidar de pais idosos, muitas vezes, ocorre em uma época em que adultos de meia-idade estão tentando ajudar ou criar os próprios filhos. Os pertencentes a essa "geração do meio", às vezes denominados **geração sanduíche**, vêm-se pressionados entre essas necessidades concorrentes e seus limitados recursos de tempo, de dinheiro e de energia. São também perturbadores os conflitos entre obrigações de assistência e interesse pessoais, atividades sociais ou planos de viagem (Mui, 1992). A prestação de assistência pode trazer tensão a um casamento e até levar ao divórcio (Lund, 1993a). Todas essas tensões podem contribuir para o **esgotamento do cuidador**, exaustão física, mental e emocional que afeta muitos adultos que cuidam de parentes idosos (Barnhart, 1992).

Para muitos adultos, as necessidades de pais idosos parecem representar demandas não-normativas imprevistas. Os adultos esperam assumir o cuidado físico, financeiro e emocional de seus filhos. A maioria *não* espera ter que cuidar de seus pais. Quando a dependência dos pais torna-se inegável, muitos filhos adultos enfrentam dificuldades (Barnhart, 1992).

Se a eventual decisão for a de colocar o pai ou a mãe em lar de assistência, - como ocorre em 25% dos casos - o papel e o estresse do cuidador pode diminuir, mas não terminar. A carga agora envolve encontrar uma boa instituição, resolver o custeio, relacionar-se com os funcionários, monitorar a assistência e enfrentar a ansiedade, a culpa ou outras conseqüências emocionais da decisão (Noelker e Whitlatch, 1995).

Mesmo assim, 95% dos cuidadores aceitam sua responsabilidade como filhos; eles não abandonam os pais (Noelker e Whitlatch, 1995). Prestar assistência pode ser uma oportunidade de crescimento se o cuidador tiver profundos sentimentos em relação ao pai ou à mãe e à solidariedade familiar, encarar a prestação de assistência como um desafio e possuir recursos pessoais, familiares e comunitários suficientes para enfrentar esse desafio (Bengtson, Rosenthal e Burton, 1996; Biegel, 1995; Lund, 1993a). (O Quadro 16-2 apresenta uma discussão sobre as fontes de auxílio para ajudar a prevenir o esgotamento do cuidador.)

Relacionamentos com os Irmãos

Os relacionamentos com os irmãos são os mais duradouros na vida da maioria das pessoas. Cerca de 85% dos norte-americanos de meia-idade, como Madeleine Albright, possuem irmãos vivos, e a maioria dos irmãos permanecem em contato. As irmãs, em especial, mantêm o contato e estão sempre prontas para se ajudarem mutuamente (Cicirelli, 1980, 1995; Ross, Dalton e Milgram, 1980; Scott e Roberto, 1981).

Em algumas pesquisas transversais, os relacionamentos entre irmãos durante o ciclo de vida parecem assumir a forma de uma ampulheta, com mais contato nos dois extremos - infância e idade adulta intermediária e tardia - e menos contato durante os anos de criação dos filhos. Depois de estabelecerem carreiras e famílias, os irmãos podem renovar os laços (Bedford, 1995; Cicirelli, 1995).

Outros estudos indicam um declínio na frequência de contato durante a idade adulta. Independentemente da frequência com que os irmãos se vêem ou se falam, entretanto, seu relacionamento geralmente permanece tão próximo ou mais próximo do que nunca (Cicirelli, 1995). Em um estudo retrospectivo, pessoas de 35 a 65 anos avaliaram a qualidade de seus relacionamentos com os irmãos durante o ciclo de vida.

Pense sobre isso...

- O que você faria se seu pai e/ou sua mãe precisasse de assistência a longo prazo? Em que medida os filhos ou outros parentes devem ser responsáveis por esse tipo de auxílio? Em que medida e de que forma a sociedade deveria ajudar?

geração sanduíche

Adultos de meia-idade pressionados pelas necessidades concorrentes de criar ou de encaminhar os filhos e de cuidar de pais idosos.

esgotamento do cuidador

Condição de exaustão física, mental e emocional que acomete adultos que cuidam de pessoas idosas.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever a mudança no equilíbrio dos relacionamentos filiais que costuma ocorrer entre filhos de meia-idade e pais idosos e como ambas as partes tendem a ver a mudança?
- ✓ Citar diversas fontes de tensão para cuidadores de pais idosos e descrever programas destinados a amenizar essas tensões?
- ✓ Discutir a natureza e a importância dos relacionamentos entre irmãos na meia-idade quando comparada com outros períodos do ciclo de vida?

**Quadro 16-2****Evitando o Esgotamento ao Cuidar de Idosos**

*A*té a pessoa mais paciente e carinhosa pode ficar frustrada, ansiosa ou ressentida com a tensão constante de atender às necessidades aparentemente infindáveis de uma pessoa idosa. Quase um terço dos cuidadores não recebe qualquer auxílio em suas atividades de assistência (Biegel, 1995). Às vezes, as tensões criadas por demandas incessantes e pesadas são tão grandes, que levam ao abuso, à negligência ou mesmo ao abandono do idoso dependente (ver Capítulo 18).

Muitas vezes, as famílias e os amigos não reconhecem que os cuidadores têm o direito de se sentirem desanimados, frustrados e explorados. Eles precisam ter vida própria, que não passe pela invalidez ou pela enfermidade de um ente querido (Evans, 1994).

Os programas de apoio comunitário visam a reduzir as tensões e as cargas da prestação de cuidados, prevenir o esgotamento e protelar a necessidade de internação da pessoa dependente. Esses serviços de apoio podem incluir refeições e cuidado da casa, serviços de transporte e de acompanhamento e centros de assistência diurna para adultos, os quais oferecem atividades e assistência supervisionadas enquanto os cuidadores trabalham ou resolvem problemas pessoais. A *assistência de descanso* (supervisão e cuidado substitutos prestados por enfermeiras em visita ou assistentes de saúde) libera os cuidadores por certo tempo, seja por algumas horas, um dia, um fim de semana, seja por uma semana. A admissão temporária em uma clínica de repouso é outra alternativa.

Embora existam algumas discussões sobre sua efetividade, algumas pesquisas sugerem que esses programas efetivamente melhoram o ânimo e reduzem o estresse dos cuidadores (Gallagher-Thompson, 1995). Em um estudo longitudinal, cuidadores com auxílio comunitário adequado relataram muitas dimensões de crescimento pessoal. Alguns haviam se tornado mais empáticos, zelosos, compreensivos, pacientes e compassivos, mais próximos da pessoa que estavam cuidando, além de passarem a dar mais valor à sua própria boa saúde. Outros se sentiam bem por terem cumprido com suas responsabilidades (Lund, 1993a).

Treinamento comportamental e psicoterapia podem ajudar os cuidadores a lidar com o comportamento difícil de um paciente e com sua própria tendência à depressão (Gallagher-Thompson, 1995). Um programa de treinamento comportamental na Universidade de Chicago conseguiu fazer com que os pacientes assumissem parte do cuidado de si mesmos e fossem mais sociáveis e verbalmente menos agressivos. Os cuidadores aprenderam técnicas como contrato de contingência ("Se você fizer isso, a consequência será..."), modelação de comportamentos desejados, ensaio e oferecer *feedback* (Gallagher-Thompson, 1995).

Por meio de aconselhamento, de apoio e de grupos de auto-ajuda, os familiares podem compartilhar os problemas, obter informações sobre recursos comunitários e aperfeiçoar suas habilidades. Um desses programas ajudava as filhas a reconhecer os limites de sua capacidade de atender às necessidades e o valor de estimular a autonomia de suas mães. Esse entendimento diminuiu a carga das filhas e melhorou seu relacionamento com as mães, e elas passaram a se sentir menos sós

(Scharlach, 1987). Em um estudo longitudinal, familiares com auxílio comunitário adequado relataram muitas dimensões de crescimento pessoal. Alguns haviam se tornado mais empáticos, zelosos, compreensivos, pacientes e compassivos, mais próximos da pessoa que estavam cuidando, além de passarem a dar mais valor à sua própria boa saúde. Outros se sentiam bem por terem cumprido com suas responsabilidades (Lund, 1993a). Alguns haviam "aprendido a valorizar mais a vida e a viver um dia de cada vez", e outros tinham aprendido a "rir de situações e de fatos" (Lund, 1993a).

Uma "Declaração dos Direitos do Cuidador" (Home, 1985, p. 299) pode ajudá-los a manter uma perspectiva positiva e a lhes lembrar de que suas necessidades também contam:

Declaração dos Direitos do Cuidador

Eu tenho o direito de

- cuidar de mim mesmo. Esse não é um ato de egoísmo. Isso irá contribuir para minha capacidade de cuidar de meu parente;
- buscar ajuda de outras pessoas mesmo que meu parente se oponha. Eu reconheço os limites de minha própria resistência e força;
- manter facetas de minha própria vida que não incluem a pessoa que eu cuido, exatamente como eu faria se essa pessoa fosse saudável. Eu sei que eu faço por essa pessoa tudo o que o que está a meu alcance e tenho o direito de fazer algumas coisas só para mim;
- irritar-me, ficar deprimido e expressar outros sentimentos difíceis de vez em quando;
- rejeitar qualquer alternativa de meu parente (consciente ou inconsciente) de me manipular pela culpa, pela raiva ou pela depressão;
- receber consideração, afeição, perdão e aceitação pelo que faço de meus entes queridos enquanto eu puder oferecer essas qualidades em troca;
- orgulhar-me do que estou realizando e aplaudir a coragem que às vezes foi necessário para atender às necessidades de meu parente;
- proteger minha individualidade e meu direito de construir uma vida para mim mesmo que me sustente quando meu parente não precisar mais de minha atenção em tempo integral;
- esperar e requerer que, assim como novos progressos são feitos para encontrar recursos para ajudar pessoas idosas com deficiências mentais e físicas em nosso país, progressos semelhantes sejam feitos para ajudar e apoiar os cuidadores;
- (acrescente suas próprias declarações de direitos a esta lista. Leia esta lista para si mesmo todos os dias).

Para as irmãs, aspectos positivos do relacionamento, como confiança e desfrute, aumentaram durante a idade adulta; os irmãos não relataram mudanças. Mas tanto para irmãos como para irmãs, aspectos negativos, como rivalidade e competição, diminuíram continuamente da adolescência à terceira idade (Cicirelli, 1994, 1995).

Eventos de vida podem ter uma influência positiva ou negativa sobre os relacionamentos entre irmãos. O casamento aproxima alguns irmãos, enquanto outros se afastam (Cicirelli, 1995). O nascimento dos filhos pode estreitar o laço entre irmãos, assim como o fazem eventos desafortunados como o divórcio, a viuvez e a morte de um membro da família (Connidis, 1992).

Os relacionamentos com os irmãos são importantes para o bem-estar psicológico na meia-idade, embora sua importância em relação a outros relacionamentos, como amizades, possa aumentar e diminuir de uma época para outra. Os relacionamentos entre irmãos parecem servir propósitos um pouco diferentes para homens e mulheres. Para as mulheres, os sentimentos positivos pelos irmãos estão ligados a um autoconceito positivo; para os homens, a um estado de espírito elevado. Quanto maior o contato que tanto homens como mulheres têm com os irmãos, menor sua probabilidade de apresentarem sintomas de problemas psicológicos (Paul, 1997).

A necessidade de cuidar de pais idosos aproxima alguns irmãos, mas causa ressentimento entre outros (Bedford, 1995; Bengtson et al., 1996). A qualidade do relacionamento com os irmãos durante os primeiros anos - cooperativa ou conflituosa - pode afetar o modo como irmãos adultos lidam com essas questões (Bedford, 1995). Discórdias podem surgir em torno da divisão de tarefas (Lerner, Somers, Reid, Chiriboga e Tierney, 1991; Strawbridge e Wallhagen, 1991) ou de uma herança, principalmente se o relacionamento entre irmãos não tem sido bom. Entre 95 filhas casadas que cuidavam de pais com demência, os irmãos eram uma forte fonte de apoio, mas também a fonte mais importante de estresse interpessoal (Suito e Pillemer, 1993).

Ser Avô

Em algumas comunidades africanas, os avós são chamados de "nobres". No Japão, as avós tradicionalmente vestem-se de vermelho como indicação de seu *status* (Kornhaber, 1986). Nas sociedades ocidentais, tornar-se avô ou avó é um evento importante na vida de uma pessoa, mas seu momento de ocorrência e significado variam.

Nos Estados Unidos, as pessoas geralmente se tornam avós aos 40 ou 50 anos, muitas vezes, antes de terem concluído a criação ativa dos filhos. Com o prolongamento dos ciclos de vida da atualidade, muitos adultos desfrutam várias décadas como avós. Uma vez que as mulheres tendem a viver mais do que os homens (ver Capítulo 17), as avós costumam viver o suficiente para ver pelo menos o neto mais velho tornar-se um adulto e para se tornar bisavós (Szinovacz, 1998).



Indicador

No que diferem os avós de hoje dos de antigamente e que papéis eles desempenham?



No Japão, avós como esta tradicionalmente se vestem de vermelho como indicação de seu *status* de nobreza. Ser avô ou avó é um marco de referência importante também nas sociedades ocidentais.

Em diversos aspectos, ser avô ou avó hoje é muito diferente do que era no passado. A média dos avós têm 5 ou 6 netos, comparados com 12 ou 15 na virada do século (Szinovacz, 1998; Uhlenberg, 1988). Com a incidência crescente do divórcio na meia-idade, mais avós são divorciados ou estão no segundo casamento, e muitas crianças possuem "avós emprestados". As avós de crianças mais jovens são mais propensas a estar na força de trabalho (e assim menos disponíveis a ajudar). Por outro lado, tendências para a aposentadoria precoce liberam mais avós para despendem tempo com netos mais velhos. Muitos avós ainda possuem pais vivos, cujo cuidado precisam equilibrar com as necessidades dos netos. E um número crescente de avós assumem a responsabilidade básica pelos netos em algum momento (Szinovacz, 1998).

O Papel dos Avós

Em muitas sociedades tradicionais, como as da América Latina e da Ásia, os domicílios de família extensa são comuns (ver Capítulo 1); os avós desempenham um papel essencial na criação dos filhos e nas decisões da família. Nos Estados Unidos de hoje, a família extensa continua sendo importante em comunidades hispânicas, em afro-americanas e em outros grupos minoritários. Ainda assim, o padrão domiciliar dominante é a família nuclear. Quando crescem, os filhos costumam sair de casa e formar novas famílias nucleares autônomas onde quer que suas inclinações e aspirações os levem. Não é de surpreender, portanto, que, segundo um estudo com 300 netos de 5 a 18 anos, e 300 avós, apenas 15% das crianças norte-americanas possuem uma "conexão vital" com um ou mais avós (Kornhaber, 1986; Kornhaber e Woodward, 1981).

Outra pesquisa apresenta uma perspectiva mais favorável aos avós. Um importante estudo com uma amostra norte-americana representativa de três gerações constatou que "os avós desempenham um papel limitado, mas importante na dinâmica familiar" e que muitos possuem fortes laços emocionais com seus netos (Cherlin e Furstenberg, 1986a, p. 26). (A Figura 16-1 apresenta as atividades mais comuns de avós e netos.) Segundo um levantamento, cerca de um terço dos avós provêem assistência ou supervisão ocasional, e quase um décimo o faz por 20 ou mais horas por semana (Bass e Caro, 1996).

Pense sobre isso...

- Você já teve um relacionamento próximo com um avô ou avó? Em caso afirmativo, em que aspectos específicos esse relacionamento influenciou seu desenvolvimento?

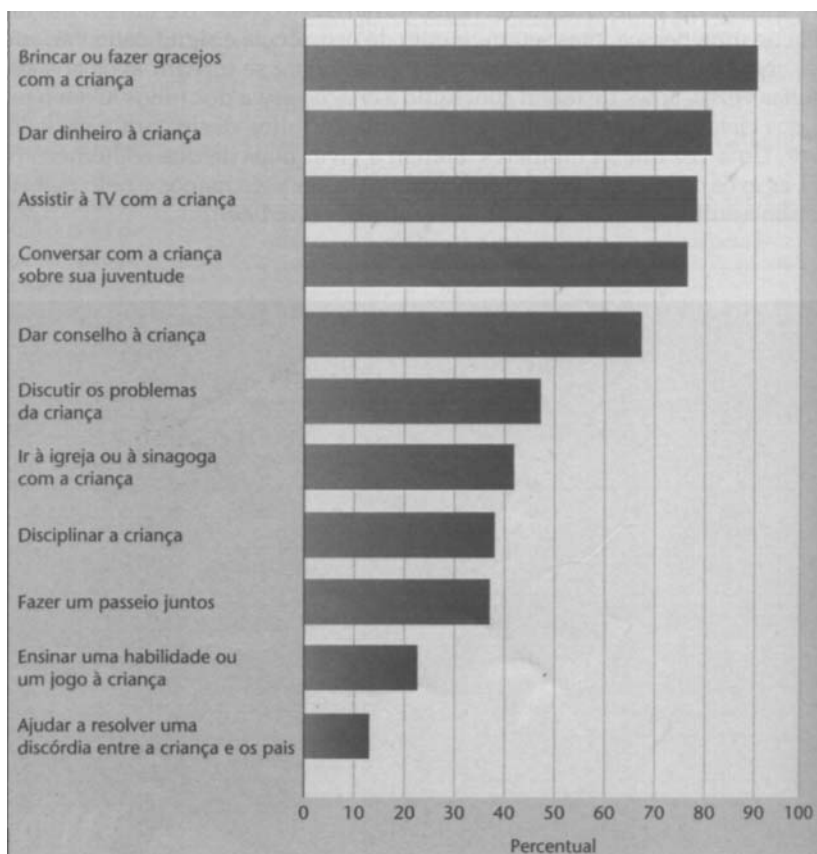


Figura 16-1

O que os avós fazem com seus netos: proporções de avós em uma amostra nacionalmente representativa que haviam envolvido-se em diversas atividades com seus netos nos 12 meses anteriores.

(Fonte: Cherlin e Furstenberg, 1986b, p. 74.)

Diferenças Étnicas e de Gênero

Homens e mulheres tendem a ter expectativas diferentes em relação à condição de avós, segundo entrevistas com 152 pessoas brancas de 40 a 73 anos antes do nascimento de seu primeiro neto (Somary e Strickler, 1998). As mulheres esperavam sentir mais satisfação com o fato de ter um neto e esperavam que o novo bebê desempenhasse um papel central em suas vidas. Os homens esperavam sentir-se mais à vontade para darem sua opinião aos pais da criança e envolverem-se no aconselhamento e no cuidado.

Em que medida essas expectativas foram atendidas? Em alguns aspectos, em grau considerável, segundo questionários preenchidos por 103 dos participantes um ou dois anos após o nascimento. As avós estavam mais satisfeitas com seu papel do que os avôs, ainda que não passassem mais tempo com seus netos do que eles. Os avôs, como esperado, tendiam a oferecer conselhos mais abertamente aos novos pais, enquanto as avós abstinham-se de dar conselho para evitar tensão. Tanto avôs como avós, especialmente por parte da mãe, obtinham mais satisfação do que esperavam e estavam mais envolvidos no cuidado dos netos; e os avôs tinham as mesmas chances que as avós de achar que o neto desempenhava um papel central em suas vidas.

Outros estudos constataram que as avós tendem a ter relacionamentos mais próximos e carinhosos com os netos do que os avôs e a servir de substitutas dos pais com mais frequência. Os pais da mãe tendem a ter mais proximidade com as crianças do que os pais do pai e são mais propensos a se envolver durante uma crise (Cherlin e Furstenberg, 1986a, 1986b; Hagestad, 1978, 1982; Kahana e Kahana, 1970). Contudo, isso pode dever-se ao fato de que os avós maternos tendem a viver mais perto (Somary e Strickler, 1998).

Os avós afro-americanos são mais propensos do que os avós brancos a se envolver na criação de seus netos (Cherlin e Furstenberg, 1986a, 1986b; Strom, Collinsworth, Strom e Griswold, 1992-1993). Em um estudo, dois terços das mães negras citaram suas mães como principais cuidadoras de seus filhos. Em outro estudo, três quartos dos filhos de mães adolescentes viveram na casa de uma avó durante os primeiros 3 anos de vida (Bengtson et al., 1996). Além disso, ser avô pode ser mais importante para homens negros do que para homens brancos (Kivett, 1991).

Os Avós Após o Divórcio e um Segundo Casamento

Uma consequência do aumento do divórcio e do segundo casamento é o número cada vez maior de avós e netos cujos relacionamentos são ameaçados ou rompidos. Outra consequência é a criação de grandes números de avós "emprestados".



Os avós, como esta avó ensinando à neta a fazer uma colcha, podem ter importante influência sobre o desenvolvimento de seus netos. As avós tendem a ter relacionamentos mais próximos e carinhosos com seus netos do que os avôs. Embora os avós negros costumem ter menor nível de instrução do que os avós brancos, eles tendem a ser especialmente bem-sucedidos no ensino de valores aos netos, talvez porque geralmente passem mais tempo com eles.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever aspectos em que ser avô ou avó é diferente nas gerações recentes?
- ✓ Descrever o papel que os avós geralmente desempenham na vida familiar e assinalar diferenças relacionadas ao gênero e à etnicidade?
- ✓ Dizer como o divórcio e o segundo casamento dos pais pode afetar os relacionamentos dos avós com os netos?

assistência por parentesco

Assistência a crianças que vivem sem os pais no lar de avós ou de outros parentes, com ou sem uma alteração de custódia legal.

Pense sobre isso ...

- Você já viveu com um avô ou uma avó? Em caso afirmativo, que vantagens e dificuldades você experimentou? Em caso negativo, que vantagens e dificuldades você acha que poderiam ter havido se tivesse vivido com eles?

Após o divórcio, uma vez que a mãe geralmente tem a custódia, os avós maternos tendem a ter mais contato e relacionamentos mais fortes com os netos, e os avós paternos tendem a ter menos (Cherlin e Furstenberg, 1986b; Myers e Perrin, 1993). O segundo casamento de uma mãe tipicamente reduz sua necessidade de receber apoio dos pais, mas não a do contato deles com os netos. Para os avós paternos, entretanto, o novo casamento aumenta a probabilidade de que eles sejam substituídos ou de que a família se mude para longe, tornando o contato mais difícil (Cherlin e Furstenberg, 1986b).

Como os laços com os avós são importantes para o desenvolvimento das crianças, todos os Estados dos Estados Unidos deram aos avós (e em alguns Estados, bisavós, irmãos e outros parentes) o direito à visita após o divórcio ou a morte de um parente, caso o juiz julgue que isso é para o bem da criança. Mas alguns tribunais de Estado derubaram essas leis, e algumas legislaturas restringiram os direitos de visita dos avós. Em junho de 2000, a Corte Suprema invalidou a aplicação de uma lei de "direitos dos avós" no Estado de Washington por considerá-la como excessiva intrusão aos direitos dos pais (Greenhouse, 2000).

O segundo casamento de qualquer um dos pais costuma trazer um novo conjunto de avós à cena e, muitas vezes, também outros netos. Os avós "emprestados" podem achar difícil se aproximar de seus novos netos, especialmente crianças com mais idade e aquelas que não vivem com o filho adulto dos avós (Cherlin e Furstenberg, 1986b; Longino e Barle, 1996; Myers e Perrin, 1993). Questões como presentes de aniversário e natal para os meio-irmãos de um neto "de verdade", ou quais avós são visitados ou incluídos nas férias, podem gerar tensão. Criar novas tradições familiares; incluir *todos* os netos, de todas as condições, em viagens, passeios e outras atividades; oferecer um refúgio seguro para as crianças quando elas estão infelizes ou chateadas; ser compreensivo e favorável a todos os membros da nova família são formas mediante as quais os avós podem construir pontes, e não muros (Kaufman, 1993; Visser e Visser, 1991).

Criar Netos

Um número crescente de avós está servindo como "pais por omissão" de crianças cujos pais não podem cuidar delas - muitas vezes, como resultado de gravidez adolescente ou abuso de substâncias (Casper e Bryson, 1998; Chalfie, 1994; Minkler e Roe, 1996). Em 1997, quase 7% dos lares com crianças com menos de 18 anos eram mantidos pelos avós - aumento de 19% desde 1990 - e cerca de um terço desses lares não tinha pais presentes, tipo domiciliar que mais cresce (Casper e Bryson, 1998). Em algumas áreas urbanas de baixa renda, estima-se que de 30 a 50% das crianças estão sob **assistência por parentesco**, vivendo nos lares de avós ou de outros parentes sem os pais (Minkler e Roe, 1996).

Ser pai ou mãe substituto sem ter planejado isso pode ser um desgaste físico, emocional e financeiro sobre adultos de meia-idade ou mais velhos. Eles podem ter que abandonar seus empregos, cancelar seus planos de aposentadoria, reduzir drasticamente suas atividades de lazer e de vida social e pôr sua saúde em perigo (Burton, 1992; Chalfie, 1994; Minkler e Roe, 1992, 1996). A maioria dos avós não dispõe de tanta energia, paciência ou resistência que tinha antes, e a assistência de descanso geralmente está indisponível (Crowley, 1993). Muitas dessas famílias estão em péssimas condições financeiras (Casper e Bryson, 1998).

Muitos avós que assumem a responsabilidade de criar os netos o fazem por que amam as crianças e não querem que elas sejam colocadas no lar adotivo de um estranho. Segundo um estudo, dois terços dos avós que detêm a custódia da criança relatam um maior sentimento de propósito na vida (Jendrek, 1994). Entretanto, a diferença de idade entre avós e netos pode tornar-se um obstáculo, e ambas as gerações podem sentir-se defraudadas de seus papéis tradicionais. Ao mesmo tempo, os avós, muitas vezes, precisam lidar não apenas com a sensação de culpa porque os filhos adultos que criaram fracassaram com os próprios filhos, mas também com o rancor que sentem em relação a esse filho adulto. Para alguns casais cuidadores, as tensões atingem seu próprio relacionamento. Se um ou ambos os pais posteriormente retoma seu papel normal, pode ser emocionalmente doloroso devolver a criança (Crowley, 1993; Larsen, 1990-1991).

Avós que não se tornam pais adotivos ou que não ganham a custódia não possuem *status* legal e nenhum direito a mais do que babás não-remuneradas. Eles podem enfrentar muitos problemas práticos, desde matricular a criança na escola e ter acesso



June Sands de Los Angeles, abraça sua filha de 5 anos, Victoria, enquanto sua mãe - quem cuida de Victoria, Elaine Sands, - sorri com deleite. Elaine e seu marido, Don Sands, estão entre o número crescente de avós que criam netos, temporária ou permanentemente. Elaine e Don assumiram a responsabilidade por Victoria enquanto June estava superando sua dependência às drogas, que se estendeu por mais de 20 anos. June Sands estava presa e abstinente quando sua filha nasceu, mas estava livre das drogas há um ano quando essa fotografia foi tirada. Ela vivia perto dos pais, trabalhava como babá em um clube e visitava sua filha regularmente.

aos registros acadêmicos até obter assistência médica para a criança. Os netos geralmente não têm direito à cobertura do plano de saúde fornecido pelo empregador mesmo que o avô tenha a custódia (Chlafie, 1994; Simon-Rusinowitz, Krach, Marks, Piktialis e Wilson, 1996). Contudo, crianças nas famílias mais pobres chefiadas por avós podem ter direito ao Medicaid (Casper e Bryson, 1998).

Como os pais que trabalham, os avós que trabalham fora necessitam de assistência infantil de boa qualidade e acessível e de políticas favoráveis à família no local de trabalho, como dispensa do trabalho para cuidar de uma criança doente ou para participar de uma reunião na escola (Simon-Rusinowitz et al., 1996). A lei federal de Licença Familiar e Médica de 1993 nos Estados Unidos dá proteção aos avós que estão criando netos, mas muitos não sabem disso.

Os avós podem ser fontes de orientação, parceiros de jogo, ligações com o passado e símbolos da continuidade da família. Eles expressam geratividade, um anseio por transcender a mortalidade pelo investimento nas vidas das futuras gerações. Homens e mulheres que não se tornam avós podem satisfazer necessidades generativas tornando-se avós adotivos ou fazendo trabalho voluntário em escolas e hospitais (Porcino, 1983, 1991). Pela descoberta de modos de desenvolver a "virtude" do cuidado, os adultos preparam-se para ingressar no período culminante do desenvolvimento adulto e a descobrir a sabedoria da velhice.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir os desafios envolvidos na criação de netos?

Resumo

Examinando o Curso de Vida na Meia-idade

Indicador 1. Como os cientistas do desenvolvimento abordam o estudo do desenvolvimento psicossocial na idade adulta?

- Os cientistas do desenvolvimento vêem o desenvolvimento psicossocial da meia-idade tanto objetivamente, em termos de trajetórias ou rotas, como subjetivamente, em termos do senso de identidade das pessoas e seu modo de ativamente construírem suas vidas.

Mudança na Meia-idade: Abordagens Teóricas Clássicas

Indicador 2. O que os teóricos clássicos têm a dizer sobre as mudanças psicossociais na meia-idade?

- Embora alguns teóricos, tais como Freud e Costa e McCrae, sustentem que a personalidade está essencialmente formada na meia-idade, existe um crescente consenso de que o desenvolvimento na meia-idade apresenta mudança, bem como estabilidade.

- Carl Jung afirmava que homens e mulheres na meia-idade sofrem um processo de **indivuação**, no qual expressam aspectos da personalidade anteriormente negligenciados. Duas tarefas necessárias são abrir mão da imagem de juventude e reconhecer a mortalidade, o que instiga a introspecção e o questionamento - ou o que Neugarten chamou de **inferioridade**.
- A sétima crise psicológica de Erikson é a de **geratividade versus estagnação**. A **geratividade** pode expressar-se pela criação de filhos e netos, ensino ou instrução, produtividade ou criatividade e "autogeração," ou autodesenvolvimento. A virtude desse período é o cuidado.
- Vaillant e Levinson constataram importantes mudanças na meia-idade nas vidas dos homens. Suas descobertas assemelham-se às teorias de Jung e de Erikson em diversos aspectos.
- Apesar da maior fluidez do ciclo de vida na atualidade, as pessoas ainda tendem a esperar e a avaliar eventos importantes em suas vidas através de um "relógio social".

O Self na Idade Adulta: Questões e Temas

Indicador 3. Que questões referentes ao self vêm à tona durante a idade adulta?

- Questões e temas psicossociais fundamentais durante a idade adulta relacionam-se com a existência de uma **crise de meia-idade**, desenvolvimento da identidade, bem-estar psicológico e identidade de gênero.
- A pesquisa não confirma a existência de uma crise de meia-idade normativa. É mais preciso referir-se a uma transição que costuma envolver um **balanço da meia-idade**.
- Segundo o modelo de desenvolvimento de identidade de Whitbourne, as pessoas confirmam ou alteram suas percepções de si mesmas através de **assimilação de identidade** ou de **acomodação de identidade**. O **estilo de identidade** pode prever a adaptação no início do envelhecimento.
- De acordo com a psicologia narrativa, o desenvolvimento é um processo contínuo de construir uma história de vida.
- A geratividade está relacionada com o bem-estar psicológico na meia-idade.
- A pesquisa baseada no modelo de Ryff constatou que a meia-idade geralmente é um período de saúde mental positiva e de bem-estar.
- Muitas pesquisas sugerem que, para as mulheres, os 50 anos são a "flor da idade".

Indicador 4. Como o desenvolvimento na meia-idade difere para homens e para mulheres?

- A pesquisa constatou uma crescente "masculinização" das mulheres e "feminilização" dos homens na meia-idade, mas isso pode ser sobretudo um efeito de coorte e pode refletir os tipos de medidas utilizadas. A pesquisa geralmente *não* apóia a **permutação de gênero** proposta por Gutmann.

Mudanças nos Relacionamentos na Idade Adulta

Indicador 5. Que papel as relações sociais desempenham na vida de pessoas de meia-idade?

- Duas teorias sobre a mudança de importância dos relacionamentos são a **teoria do comboio social**, de Kahn e Antonucci, e a **teoria de seletividade socioemocional**, de Laura Carstensen. Segundo ambas as teorias, o apoio socioemocional é um importante elemento na interação social na meia-idade e depois dela.

- Os relacionamentos na meia-idade são importantes para a saúde física e mental, mas também podem apresentar demandas estressantes.

Relações Consensuais

Indicador 6. Os casamentos tornam-se mais felizes ou infelizes durante os anos intermediários?

- A pesquisa sobre qualidade do casamento sugere uma queda na satisfação conjugal durante os anos de criação dos filhos, seguida por uma melhora no relacionamento depois que os filhos saem de casa.

Indicador 7. O quão comum é o divórcio nessa época da vida?

- O divórcio na meia-idade é relativamente incomum, talvez devido em parte ao acúmulo de **capital conjugal**. Entretanto, o divórcio na meia-idade está aumentando. A condição socioeconômica e o momento de ocorrência e os efeitos do **ninho** vazio desempenham um papel.

Indicador 8. Como as relações homossexuais comparam-se com as heterossexuais?

- Por demorarem para assumir a homossexualidade, muitos homossexuais na meia-idade estão só agora formando relacionamentos íntimos.
- Casais homossexuais de ambos os sexos tendem a ser mais igualitários do que casais heterossexuais, mas apresentam problemas semelhantes para equilibrar os compromissos familiares e profissionais.

Indicador 9. Como são as amizades durante a meia-idade?

- Pessoas de meia-idade tendem a investir menos tempo e energia nas amizades do que adultos mais jovens, mas dependem dos amigos para apoio emocional e para orientação prática.

Relacionamentos com Crianças

Indicador 10. Como as relações entre pais e filhos mudam à medida que os filhos aproximam-se da maturidade ou chegam a essa fase?

- Os pais de adolescentes precisam reconciliar-se com a perda de controle sobre as vidas de seus filhos.
- O período após a partida de casa dos filhos, muitas vezes, é o mais feliz. O "esvaziamento do ninho" pode ser estressante; contudo, para pais que não se envolveram com a criação dos filhos, para mães que não se prepararam para isso e para pais cujos filhos não se tornaram independentes quando esperado.
- Hoje, mais jovens adultos estão voltando a viver com os pais (**síndrome da porta giratória**). A situação é mais tranquila se os pais identificam que o filho adulto está se encaminhando rumo à autonomia.
- Pais de meia-idade tendem a se manter envolvidos com seus filhos adultos, e a maioria geralmente se sente feliz com o caminho tomado pelos filhos. Podem surgir conflitos em torno da necessidade dos filhos adultos de serem tratados como adultos e da preocupação constante dos pais em relação a eles.

Outros Laços de Parentesco

Indicador 11. Como pessoas de meia-idade relacionam-se com seus pais e com seus irmãos?

- Os relacionamentos entre adultos de meia-idade e seus pais geralmente se caracterizam por um forte vínculo de afeto. As

duas gerações geralmente mantêm contato freqüente e oferecem e recebem auxílio.

- A medida que a vida se prolonga, é cada vez maior o número de pais que na velhice tornam-se dependentes de seus filhos de meia-idade. A aceitação dessas necessidades de dependência é a marca da **maturidade filial** e pode ser o resultado de uma **crise filial**. As chances de se tornar um cuidador de um progenitor idoso aumentam, especialmente para as mulheres, à medida que cresce a **taxa de suporte parental**. A prestação de assistência pode ser uma fonte de considerável estresse para a **geração sanduíche**, em parte por não ser prevista. Programas de apoio comunitário podem ajudar a prevenir o **esgotamento do cuidador**.
- A maioria das pessoas de meia-idade permanecem em contato com os irmãos, e os relacionamentos com os irmãos são importantes para o bem-estar.

Ser Avô

No que diferem os avós de hoje dos de antigamente e que papéis eles desempenham?

- Embora a maioria dos avós da atualidade tenham menor envolvimento íntimo com a vida de seus netos do que no passado, eles, muitas vezes, desempenham um papel importante.
- O divórcio e o segundo casamento de um filho adulto pode afetar os relacionamentos entre avós e netos e criar novos papéis para os avós "emprestados".
- Um número crescente de crianças recebem **assistência por parentes**. Para os avós, criar os netos pode trazer tensões físicas, emocionais e financeiras.

Palavras-Chave

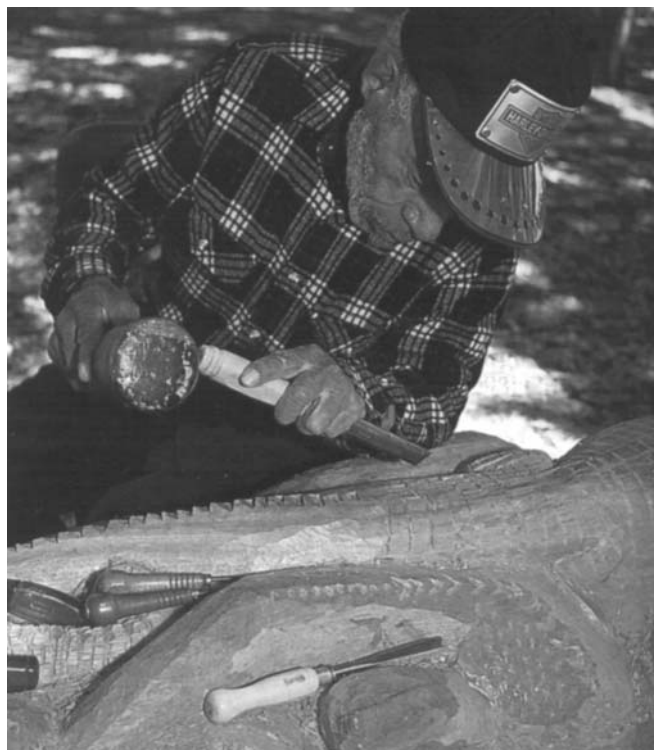
individualização (626)
 geratividade *versus* estagnação (627)
 geratividade (627)
 interioridade (627)
 crise da meia-idade (630)
 balanço da meia-idade (630)
 assimilação de identidade (632)
 acomodação de identidade (632)

estilo de identidade (632)
 permutação de gênero (638)
 teoria do comboio social (639)
 teoria da seletividade socioemocional (639)
 capital conjugal (642)
 ninho vazio (642)
 síndrome da porta giratória (645)

maturidade filial (648)
 crise filial (648)
 taxa de suporte parental (648)
 geração sanduíche (649)
 esgotamento do cuidador (649)
 assistência por parentesco (654)

Parte Oito

Terceira Idade



*O*s 65 anos são o ponto de entrada tradicional na terceira idade, a última fase da vida. Contudo, muitos adultos aos 65 - ou até aos 75 ou 85 - não se sentem nem agem como "velhos".

As diferenças individuais tornam-se mais acentuadas nos anos avançados, e o "use ou perca" torna-se uma regra urgente. A maioria dos adultos mais velhos possui boa saúde física e mental; as pessoas que se mantêm física e intelectualmente ativas podem manter-se firmes na maioria dos aspectos e até aumentar de competência. O funcionamento físico e o cognitivo possuem efeitos psicossociais, os quais, muitas vezes, determinam o estado emocional de uma pessoa e se ela pode viver de maneira independente.

Conexões a Procurar

- Um dos motivos pelos quais as mulheres tendem a viver mais do que os homens pode ser seu maior apoio social.
- O retardamento das respostas neurológicas pode diminuir as capacidades de aprender e de lembrar.
- A má compreensão de informações relacionadas com a saúde pode limitar o acesso à assistência adequada.
- O exercício pode melhorar a vigilância mental e o estado de ânimo.
- A pressão arterial elevada pode afetar o fluxo de sangue para o cérebro e interferir no desempenho cognitivo.
- Pessoas mais velhas costumam se sair mal em testes de inteligência por falta de confiança, de interesse ou de motivação.
- A escrupulosidade e a estabilidade conjugal tendem a prognosticar uma vida longa.
- A avaliação cognitiva de problemas carregados de emoção pode ajudar as pessoas a desenvolver estratégias para lidar com elas.
- Os homens que continuam trabalhando depois dos 65 anos tendem a ter melhor saúde e melhor nível de instrução do que os que se aposentam e são mais propensos a considerar o trabalho remunerado como necessário para a auto-realização.
- Tanto as limitações físicas como os padrões culturais afetam a escolha dos esquemas de vida das pessoas mais velhas.
- As pessoas que têm amigos para confiar suas enfermidades físicas e suas preocupações tendem a viver mais.

Terceira Idade: *Uma prévia*



Capítulo 17

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Terceira Idade

A maioria das pessoas têm saúde e são ativas, embora as habilidades de saúde e físicas diminuam um pouco.

O retardamento do tempo de reação afeta alguns aspectos do funcionamento.

A maioria das pessoas é mentalmente alerta.

Embora a inteligência e a memória possam se deteriorar em algumas áreas, a maioria das pessoas encontra formas de compensação.



Capítulo 18

Desenvolvimento Psicossocial na Terceira Idade

A aposentadoria pode oferecer novas opções para a exploração de interesses e de atividades.

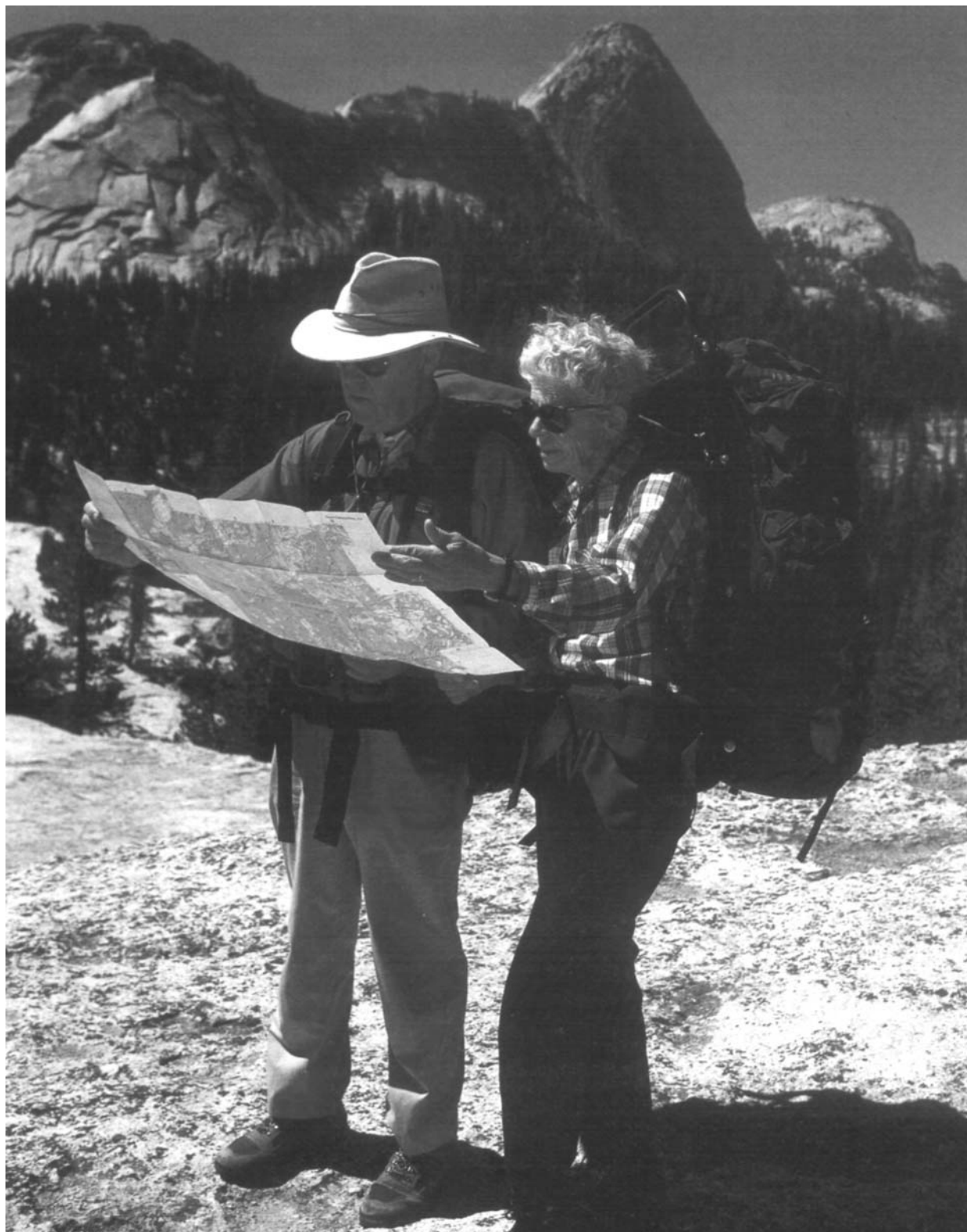
As pessoas precisam lidar com perdas pessoais e com a iminência da morte enquanto procuram compreender o significado e o propósito de sua vida.

Os relacionamentos com a família e com os amigos íntimos podem prover apoio importante.

A busca pelo significado da vida assume importância central.

Capítulo 17

Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Terceira Idade





or que não considerar esses novos anos de vida em termos de prosseguimento ou os novos papéis na sociedade como outra etapa no no crescimento e no desenvolvimento pessoal ou até mesmo espiritual?

Betty Friedan,
The Fountain of Age, 1993



John Glenn

Foco:

John Glenn, Pioneiro no Espaço

Quando John H. Glenn, Jr.* (nascido em 1921) decolou do Centro Espacial Kennedy no Cabo Canaveral em 29 de outubro de 1998, como especialista em carga útil na nave *Discovery*, ele se tornou um pioneiro do espaço pela segunda vez. Em 1962, aos 40 anos, Glenn tornara-se o primeiro americano a entrar na órbita da terra. O que o tornou um pioneiro em 1998, quando vestiu o traje espacial laranja outra vez, era o fato de ter 77 anos - a pessoa mais velha que já esteve no espaço sideral.

Durante sua vida, Glenn conquistou medalhas e quebrou recordes. Como piloto de combate durante a Guerra da Coréia, obteve cinco condecorações. Em 1957, fez a primeira viagem em jato supersônico através do país. Em 1962, quando sua cápsula espacial *Friendship*, cujo único tripulante era ele, circulou o globo terrestre três vezes em menos do que cinco horas, ele imediatamente se tornou um herói nacional.

Glenn foi eleito senador pelo Estado de Ohio em 1974 e serviu quatro mandatos. Como integrante do Comitê Especial do Senado em Envelhecimento e avô de dois netos, seu interesse por envelhecimento estimulou-o a se oferecer como cobaia na missão de nove dias da *Discovery*.

Folheando um livro de medicina, Glenn descobriu que as condições de gravidade nula do vôo espacial imitavam em velocidade acelerada, o que normalmente acontece com o corpo quando ele envelhece. Assim, pensou Glenn, enviar um homem mais velho ao espaço poderia oferecer aos cientistas uma visão em miniatura dos processos de envelhecimento. Estudando como a ausência de peso afeta os ossos, os músculos, a pressão arterial, o ritmo cardíaco, o equilíbrio, o sistema imunológico e os ciclos de sono, bem como sua capacidade de se recuperar depois de um vôo quando comparado com astronautas mais jovens, os pesquisadores poderiam obter informações que poderiam ter outras aplicações. Os dados, evidentemente, não poderiam fornecer descobertas conclusivas; todavia, como em qualquer bom estudo de caso, as descobertas poderiam gerar hipóteses a serem testadas por outras pesquisas com grupos mais amplos de participantes. O vôo também teria um importante efeito colateral: destruir estereótipos sobre o envelhecimento.

Viajar pelo espaço é um desafio até para os adultos mais jovens e fisicamente aptos. Nem todo mundo pode ser astronauta; os candidatos precisam passar por testes físicos e mentais rigorosos. Devido à sua idade, Glenn foi submetido a testes físicos ainda mais exigentes. Acostumado a levantar pesos e a caminhar, ele tinha excelente condição física. Ele foi aprovado nos testes com distinção e depois submeteu-se a mais de 500 horas de treinamento.

As fontes de informação sobre a vida de John Glenn foram Cutler, 1998, Eastman. 1965, artigos do The New York Times e de outros jornais.

S U M Á R I O

FOCO: John Glenn, Pioneiro no Espaço

A Velhice na Atualidade

Imagens do Envelhecimento
O Envelhecimento da População
Os "Idosos Jovens", os "Idosos Velhos" e os "Idosos Mais Velhos"

DESENVOLVIMENTO FÍSICO

Longevidade e

Envelhecimento

Tendências e Fatores na
Expectativa de Vida e na
Mortalidade
Por que as Pessoas Envelhecem?
Em que Medida Podemos
Prolongar o Ciclo de Vida?

Mudanças Físicas

Mudanças Orgânicas e Sistêmicas
O Cérebro em Envelhecimento
Funcionamento Sensorio e
Psicomotor
Funcionamento Sexual

Saúde Física e Mental

Condições de Saúde e Assistência
à Saúde
Influências sobre a Saúde
Problemas Mentais e
Comportamentais

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Aspectos do

Desenvolvimento Cognitivo

Inteligência e Capacidades de
Processamento
Memória: Como Ela Muda?
Sabedoria
Aprendizagem Vitalícia

Foi em um dia claro e ensolarado de outubro que, depois de dois atrasos cheios de suspense, a nave *Discovery* foi lançada com o que o comentarista que fez a contagem regressiva chamou de "uma tripulação de seis heróis astronautas e uma lenda americana". Três horas e dez minutos depois, a 342 milhas acima do Havaí, Glenn, radiante, repetiu suas próprias palavras históricas proferidas 36 anos antes: "gravidade zero, e eu me sinto bem". Em 7 de novembro, a *Discovery* aterrissou no Cabo Canaveral. John Glenn, embora fraco e inseguro, saiu da nave com suas próprias pernas. Em quatro dias, ele havia recuperado o equilíbrio e voltado totalmente ao normal.

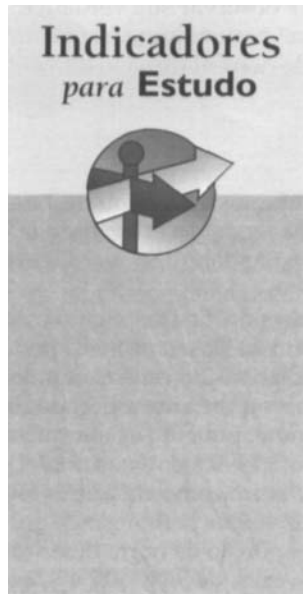
A façanha de Glenn provou que, aos 77 anos, ele ainda tinha "os ingredientes necessários". Sua proeza heróica conquistou a imaginação pública em todo o mundo. Como colocou Stephen J. Cutler, presidente da Sociedade Gerontológica da América, "... é difícil imaginar uma demonstração melhor das potencialidades das pessoas mais velhas e das contribuições produtivas que elas podem fazer" (1998, p.1)

John Glenn é a mais pura expressão de uma nova visão do envelhecimento, questionando a perspectiva antes dominante da velhice como uma época de inevitável declínio físico e mental. Em geral, as pessoas hoje estão vivendo mais e melhor do que em qualquer época da história. Nos Estados Unidos, os adultos de mais idade são mais saudáveis, mais numerosos e intimamente mais jovens do que nunca. Com melhores hábitos de saúde e assistência médica, é cada vez mais difícil determinar o limite entre a idade adulta e o início da terceira idade. Muitas pessoas de 70 anos agem, pensam e sentem-se como as de 50 anos, uma ou duas décadas atrás.

Evidentemente, nem todos os adultos em idade avançada são modelos de vigor e de entusiasmo. Na verdade, a façanha de Glenn é impressionante justamente porque é incomum. Como veremos neste e no próximo capítulo, adultos mais velhos variam bastante em saúde, em educação, em renda, em ocupação e em modo de viver. Como as pessoas de todas as idades, eles são indivíduos com necessidades, desejos, capacidades, estilos de vida e experiências culturais variáveis.

Iniciaremos este capítulo pelo "desmascaramento" das imagens negativas do envelhecimento e pelo delineamento das tendências da população mais velha na atualidade. Examinaremos o aumento na duração e da qualidade de vida na terceira idade e as teorias e as pesquisas sobre as causas do envelhecimento biológico. Examinaremos as mudanças físicas e a saúde. Voltaremos, então, ao desenvolvimento cognitivo: mudanças na inteligência e na memória, a emergência da sabedoria e a prevalência da educação continuada na terceira idade. No Capítulo 18, examinaremos a adaptação ao envelhecimento e as mudanças nos estilos de vida e dos relacionamentos. O quadro resultante não é o de "idosos", mas de seres humanos particulares - alguns carentes e frágeis, mas a maioria deles independente, saudável e envolvida.

Depois de ler e estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. O que é preconceito de idade e como ele pode ser prejudicial?
2. Como a população mais velha de hoje está mudando?
3. Por que a expectativa de vida aumentou e como ela varia?
4. Que teorias foram propostas para as causas do envelhecimento e o que a pesquisa sugere sobre as possibilidades de estender o ciclo de vida?
5. Que mudanças físicas ocorrem durante a velhice e como essas mudanças variam entre os indivíduos?
6. Que problemas de saúde são comuns na terceira idade e que fatores influenciam a saúde nessa época da vida?
7. Que transtornos mentais e comportamentais algumas pessoas mais velhas experimentam?
8. Que ganhos e perdas nas capacidades cognitivas tendem a ocorrer na terceira idade? Existem modos de melhorar o desempenho cognitivo das pessoas mais velhas?
9. Que oportunidades educacionais os adultos mais velhos podem perseguir?

A Velhice na Atualidade

As imagens tradicionais da velhice são muito diferentes da realidade do envelhecimento na atualidade. Examinemos ambas.

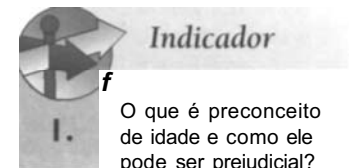
Imagens do Envelhecimento

No Japão, a velhice é marca de *status*. Naquele país - em contraste com a maioria dos países ocidentais, onde se considera grosseria perguntar a idade de uma pessoa - é comum perguntar aos viajantes que se hospedam em hotéis sua idade, de modo a garantir que recebam a adequada deferência.

Nos Estados Unidos, o envelhecimento geralmente é visto como indesejável. Os estereótipos sobre envelhecimento refletem idéias errôneas muito comuns: de que as pessoas mais velhas geralmente estão cansadas, que têm pouca coordenação motora e que são propensas a infecções e acidentes; que a maioria delas vive internada; que estão isoladas dos outros; que não usam seu tempo de maneira produtiva; que são rabugentas, autocomiserativas e excêntricas.

Estes estereótipos negativos são realmente prejudiciais. Um médico que não aborda questões sexuais com um paciente cardíaco de 75 anos pode negar ao paciente uma importante fonte de satisfação. Um filho adulto superprotetor pode encorajar um progenitor envelhecido a se tornar infantil. Um assistente social que considera a depressão "algo previsível" pode acabar abandonando um cliente idoso. Estereótipos positivos, que pintam uma idade próspera de paz e de relaxamento ou uma despreocupada segunda infância despendida no campo de golfe, não são mais necessários ou úteis.

Esforços para combater o **preconceito de idade** - preconceito ou discriminação (geralmente contra pessoas mais velhas) com base na idade - estão avançando, graças à visibilidade de um exército de adultos mais velhos saudáveis e ativos, exemplificados por John Glenn. Artigos com títulos como "Realizadores após os 90" (Wallechinsky e Wallace, 1993) aparecem em jornais e revistas. Na televisão, as pessoas de mais idade são menos freqüentemente representadas como "cômicas, teimosas, excêntricas e tolas" e mais freqüentemente como "poderosas, afluentes, saudáveis, ativas, admiradas e sensuais" (Bell, 1992, p. 305). Enquanto isso, a mídia continua nos bombardeando com comerciais para cirurgia cosmética, tintura para cabelo, cremes anti-rugas, comprimidos, poções, tônicos e programas que, garantem eles, possibilitarão manter nossa atratividade juvenil para sempre" (Lenz, 1993, p. 26).



O que é preconceito de idade e como ele pode ser prejudicial?

preconceito de idade

Preconceito ou discriminação contra uma pessoa (geralmente mais velha) com base na idade.

Precisamos ir além das imagens distorcidas da idade e observar sua verdadeira realidade multifacetada, não utilizando óculos "cor-de-rosa" nem escuros. A terceira idade não é o clímax nem o anticlímax da vida. É um período normal do ciclo de vida, com seus próprios desafios e com suas oportunidades.

O Envelhecimento da População

Desde 1900, a proporção de norte-americanos com mais de 65 anos aumentou de 4 para 13%. Até o ano de 2030, 20% da população norte-americana tenderá a estar nessa faixa etária (Abeles, 1998; Kramarow, Lentzner, Rooks, Weeks e Saydah, 1999; ver Figura 17-1).

Além disso, a própria população de idade está envelhecendo. Seu segmento com crescimento mais rápido consiste de pessoas de 85 anos e, em 2030, seu número pode mais do que duplicar (Kramarow et al., 1999). Segundo estimativas do censo, o número de centenários, pessoas com mais de 100 anos, quase dobrou durante a década de 1990, para mais de 70 mil. Se essa taxa de crescimento continuar, poderão existir quase 850 mil centenários em meados do século XXI (Krach e Velkoff, 1999; ver Quadro 17-1).

A diversidade étnica está aumentando entre os idosos, assim como em outras faixas etárias. Em 1998, cerca de 16% dos norte-americanos mais velhos pertenciam a grupos minoritários; até 2030, esse percentual será de 25%. A proporção de norte-americanos hispânicos mais velhos tende a crescer mais do que três vezes, de 5,1% a 17,4%, excedendo a população afro-americana mais velha (AARP, 1999).

O envelhecimento da população possui diversas causas, e as principais são as altas taxas de natalidade e de imigração durante o início e os meados do século XX, e os progressos da medicina e de estilos de vida mais saudáveis. Ao mesmo tempo, a tendência para famílias menores reduziu o tamanho relativo de faixas etárias mais jovens. A taxa de crescimento da população mais velha irá disparar durante os primeiros 30 anos do século XXI à medida que a geração do pós-guerra (nascida entre 1946 e início dos anos 60) ingressar na idade avançada (ver Figura 17-1).

A população mundial também está envelhecendo, graças ao crescimento econômico, ao aumento no suprimento de alimentos, ao maior controle sobre doenças infecciosas e ao melhor acesso à água potável, a instalações sanitárias e à assistência à saúde. Mundialmente, prevê-se que a população aumente mais do que o dobro até 2025 (U.S. Bureau of the Census, 1999c). Até então, haverá mais de 800 milhões de pessoas com mais de 65 anos no mundo, dois terços delas em países desenvolvidos. Na França, onde havia apenas 200 centenários em 1950, prevê-se que seu número chegue a 150 mil em 2050, um aumento de 750 vezes em um século (World Health Organization [WHO], 1998).

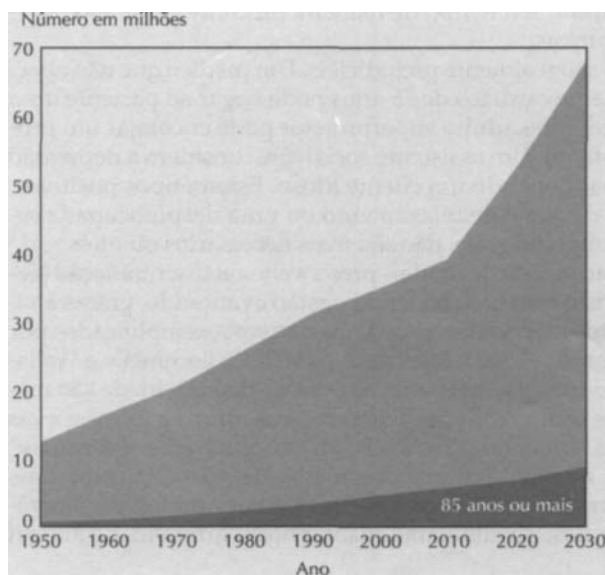
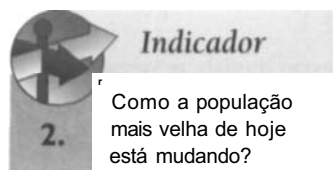


Figura 17-1

População norte-americana com 65 anos ou mais, 1950-2030 (projeção).

(Fonte: Kramarow et al., 1999, Figura I, p. 23.)



Quadro 17-1 Centenários

Aos 98 anos, Ella May Stumpe, de Frederick, Maryland, aprendeu sozinha a usar o *software* da Microsoft. Cinco anos depois, aos 103 anos, ela havia escrito vários livros em seu computador, um deles intitulado *Minha Vida aos 100 anos*. Stumpe atribui sua longevidade a um estilo de vida moderado, incluindo a dieta não-ácida que adotou depois que teve uma úlcera aos 30 anos (Ho, 1999).

Stumpe é um entre os mais de 70 mil centenários que se estima existirem nos Estados Unidos, grupo de rápido crescimento cujas características estão recém-começando a serem estudadas de perto. Os Estados Unidos podem ter a proporção mais alta de centenários entre os países desenvolvidos - 120 centenários para cada 10 mil pessoas de 85 anos ou mais (Krach e Velkoff, 1999).

Considerando-se a maior expectativa de vida das mulheres, não é de surpreender que quatro a cada cinco centenários norte-americanos são mulheres, e a maioria são viúvas. Segundo o censo de 1990, apenas a metade dos então 37.306 centenários haviam iniciado o ensino médio, e um quarto estava vivendo na pobreza. Cerca de 15% vivam sozinhos, e quase 20% não sofriam de limitações por deficiência. Quase a metade vivam em lares de assistência (Krach e Velkoff, 1999).

A pesquisa sobre a explosão da população centenária está sacudindo crenças muito antigas sobre a saúde e o envelhecimento e sobre os limites da vida humana. Como mencionado no texto, as curvas de sobrevivência para os seres humanos e para outras espécies sustentaram a idéia de um limite biológico para o ciclo de vida, com cada vez mais membros de uma espécie morrendo anualmente à medida que se aproximam dele. Contudo, hoje parece que o padrão muda depois dos 100 anos: as taxas de mortalidade começam a *diminuir*. Aos 110 anos, as pessoas não têm mais chances de morrer em um determinado ano do que as pessoas de 80 anos. O mesmo se aplica as mosquinhas-das-frutas, vespas e vermes parasitas: em um determinado ponto avançado do ciclo de vida, as taxas de mortalidade aumentam e depois caem (Vaupel et al., 1998). Em outras palavras, indivíduos suficientemente resistentes para alcançar uma determinada idade tendem a continuar vivendo um pouco mais.

Além disso, novas descobertas estão contestando a crença que uma vida mais longa significaria um número cada vez maior de pessoas com doenças crônicas. Na verdade, como grupo, as pessoas que passam dos 90 anos podem ser mais saudáveis do que pessoas 10 ou 15 anos mais jovens. Um estudo com 460 mil habitantes de seis cidades de Massachusetts constatou que, das 169 pessoas que haviam chegado ao centésimo aniversário, apenas três tiveram câncer, e uma de



Aos 104 anos, Anna Grupe, de Sherburn, Minnesota, continuava escrevendo histórias sobre sua vida e a de sua família.

Possivelmente os Estados Unidos tenham a maior proporção de centenários entre os países desenvolvidos. A maioria deles é de mulheres, e um número surpreendente é saudável e ativo.

quatro não sofria de demência. As despesas médicas eram menores do que aos 85 anos (Hilts, 1999; Silver, Jilinskaia e Perls, em fase de elaboração; Silver, Newell et al., 1998).

O que poderia explicar este quadro? Uma possibilidade é a presença de genes excepcionais, que podem oferecer proteção contra doenças graves da velhice, como o câncer e o mal de Alzheimer. Essa hipótese é apoiada pela descoberta, no estudo de Massachusetts, de que muitos centenários tendem a ocorrer nas mesmas famílias. Os pesquisadores de Massachusetts também examinaram fatores de estilo de vida. Um número desproporcional de centenários no estudo eram mulheres que nunca se casaram; entre as mulheres que eram mães, um número desproporcional tinham tido filhos depois dos 40 anos. Nenhum padrão específico de dieta e de exercício foi constatado. Alguns dos centenários eram vegetarianos, enquanto outros comiam muita carne vermelha. Alguns eram atletas e alguns não tinham atividades vigorosas. O único traço de personalidade comum a todos era a capacidade de lidar com o estresse (Perls, Alpert e Fretts, 1997; Perls, Hutter-Silver e Lauerman, 1999; Silver, Bublick, Jilinskaia e Perls, 1998).

Talvez essa qualidade seja exemplificada por Anna Morgan, de Rehoboth, Massachusetts. Antes de morrer aos 101 anos de idade, ela fez os preparativos para seu próprio enterro. "Não quero que eles se sobrecarreguem com tudo isso", ela explicou aos pesquisadores. "Eles estão velhos, sabe" (Hilts, 1999, p. D7).

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Dar exemplos de estereótipos negativos e positivos sobre o envelhecimento?
- ✓ Discutir as causas e o impacto do envelhecimento da população?

envelhecimento primário

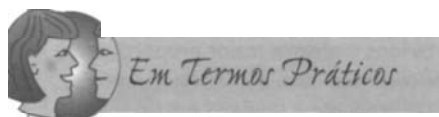
Processo gradual e inevitável de deterioração corporal que ocorre durante todo o ciclo de vida.

Compare com *envelhecimento secundário*.

Esta "avalanche de envelhecimento" irá transformar o ambiente físico, social, econômico e político (ver Quadro 17-2), à medida que a população mais velha for se tornando mais influente nas eleições e no mercado de trabalho. Autoridades mundiais preocupam-se com o custo de sustentar e de fornecer assistência à saúde para um crescente contingente de adultos mais velhos (Holden, 1996; WHO, 1998). Uma pergunta fundamental é se as economias domésticas serão capazes de crescer com suficiente rapidez para responder a esses desafios sem colocar uma carga insuportável sobre um número cada vez menor de adultos ativos (Binstock, 1993; Crown, 1993; WHO, 1998).

Os "Idosos Jovens", os "Idosos Velhos" e os "Idosos Mais Velhos"

Um fator importante no impacto econômico de uma população em envelhecimento é a proporção de pessoas saudáveis e fisicamente aptas que dela fazem parte. No que se refere a isso, a tendência é encorajadora. Muitos problemas que costumavam ser considerados como parte da velhice hoje são compreendidos como decorrentes não do envelhecimento propriamente dito, mas de fatores de estilo de vida ou de doenças. O **envelhecimento primário** é um processo gradual e inevitável de deterioração corporal que

**Quadro 17-2****Novos Ambientes para uma População em Envelhecimento**

A medida que a população envelhece, podemos esperar muitas mudanças em nosso ambiente físico e nos produtos que utilizamos. Com efeito, os analgésicos, antes embalados em frascos com tampa trava segura que atrapalhavam adultos com artrite, hoje estão sendo comercializados em recipientes mais fáceis de abrir.

O gerontologista Ken Dychtwald, em *Age Wave* (Dychtwald e Flower, 1990), fez uma previsão de como o ambiente do século XXI será remodelado para acomodar as mudanças físicas que costumam acompanhar o envelhecimento. Eis alguns exemplos, alguns já concretizados.

Auxílios à Visão

Os sinais atualmente transmitidos visualmente serão também falados. Haverá indicações sonoras de saída, relógios falantes, aparelhos que nos informam quando estão quentes, câmeras que nos advertem quando a luz está fraca e automóveis falantes que nos advertem quando estamos prestes a bater em alguma coisa. Os pára-brisas irão ajustar seu matiz automaticamente conforme as variações de clima e de luz e serão equipados com grandes mostradores de cristal líquido indicando velocidade e outras informações (para que motoristas mais velhos não precisem desviar os olhos da estrada e reajustar o foco). Os indicadores luminosos serão mais brilhantes, e os livros serão impressos com letras maiores. Os pisos serão acarpetados ou texturizados, e não encerados até ficarem lisos e brilhantes.

Auxílios à Audição

Os sistemas e as gravações de endereços públicos serão remodelados para a faixa auditiva de adultos idosos. Os bancos de parques e os sofás serão substituídos por assentos em ângulo ou em grupo para que adultos mais velhos possam se comunicar de frente uns para os outros.

Auxílios à Destreza Manual

Para compensar dedos e articulações enrijecidas e envelhecidas, será cada vez mais comum encontrar objetos de auxílio, como prolongadores de pentes e escovas, cadarços elásticos, fechos de Velcro em vez de botões, esfregões de cozinha e ferramentas de jardim leves e motorizados, torneiras de água e botões de fogão com fechamento automático, esfregão de chão que não exija abaixar-se para usar, discadores de telefone ativados por voz, zíperes com alças longas fáceis de pegar e utensílios especiais para refeições.

Auxílios à Mobilidade e à Segurança

As rampas serão mais comuns, alavancas substituirão maçanetas, os semáforos mudarão mais lentamente, e haverá pontos intermediários nos cruzamentos para os pedestres mais lentos poderem parar e descansar. As prateleiras dos armários e as plataformas de ônibus serão mais baixas, assim como as janelas, para pessoas que ficam muito tempo sentadas. Reguladores impedirão que a água aqueça demais, e "banheiras macias" evitarão os escorregões, trarão mais conforto e impedirão que a água esfrie com muita rapidez. Os automóveis serão programados para operar vidros, rádio, aquecedor, luzes, limpadores e até mesmo a ignição por meio de comandos verbais.

Ajustes de Temperatura

Como corpos mais velhos levam mais tempo para se adaptar às mudanças de temperatura e têm mais dificuldade de se manter quentes, as casas e os hotéis terão mobília aquecida e termostatos em todas as peças. Algumas pessoas vestirão roupas aquecidas e comerão alimentos geradores de calor.

Tais inovações tornarão a vida mais fácil e mais conveniente para todos. Um ambiente projetado para adultos mais velhos em vez de para adultos mais jovens pode ser melhor para todas as faixas etárias.

começa cedo na vida e continua ao longo dos anos. O **envelhecimento secundário** é constituído pelas conseqüências de doença, de abuso e de ausência de uso - fatores que, com freqüência, são evitáveis e estão sob o controle das pessoas (Busse, 1987; Horn e Meer, 1987). Alimentando-se corretamente e mantendo-se fisicamente em forma, muitos adultos mais velhos podem e de fato evitam os efeitos secundários do envelhecimento.

Hoje, os cientistas sociais que se especializam no estudo do envelhecimento se referem a três grupos de adultos mais velhos: os "idosos jovens", os "idosos velhos" e os "idosos mais velhos". Cronologicamente, o termo *idosos jovens* geralmente refere-se a pessoas de 65 a 74 anos, que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os *idosos velhos*, de 75 a 84 anos, e os *idosos mais velhos*, de 85 ou mais anos, têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária.

Uma classificação mais significativa é por **idade funcional**: o quão bem uma pessoa funciona em um ambiente físico e social em comparação com outras de mesma idade cronológica. Uma pessoa de 90 anos que ainda está com boa saúde pode ser funcionalmente mais jovem do que uma de 65 anos que não está. Alguns gerontologistas, contudo, preferem utilizar o termo *idosos jovem* para a maioria saudável e ativa dos adultos de idade (como John Glenn), e *idosos velho* para a minoria frágil e enferma, independentemente da idade cronológica (Neugarten e Neugarten, 1987).

envelhecimento secundário

Processos de envelhecimento que resultam de doença e de abuso ou de falta de uso do corpo e que, muitas vezes, são evitáveis.

Compare com envelhecimento primário.

idade funcional

Medida da capacidade de uma pessoa para funcionar efetivamente em seu ambiente físico e social em comparação com outras de mesma idade cronológica.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever dois critérios para diferenciar idosos jovens, idosos velhos e idosos mais velhos?

Desenvolvimento Físico

Longevidade e Envelhecimento

Quanto tempo iremos viver? Por que temos que envelhecer? Você gostaria de viver para sempre? Os seres humanos pensam sobre essas questões há milhares de anos.

A primeira pergunta envolve duas conceitos diferentes, mas relacionados: **expectativa de vida**, idade até a qual uma pessoa nascida em uma determinada época e determinado lugar tem a tendência estatística de viver, considerando-se sua idade e seu estado de saúde atuais; **longevidade**, quanto tempo uma pessoa de fato vive. A expectativa de vida baseia-se na longevidade média dos integrantes de uma população. A segunda questão expressa um tema muito antigo: o anseio por uma fonte ou poção da juventude. Por trás desse anseio existe um medo não tanto da idade cronológica como do envelhecimento biológico: perda da saúde e das capacidades físicas. A terceira questão expressa uma preocupação não apenas com a duração, mas também com a qualidade de vida.

expectativa de vida

Idade até a qual uma pessoa em uma determinada coorte tem a tendência estatística de viver (considerando-se sua idade e seu estado de saúde atuais), com base na longevidade média de uma população.

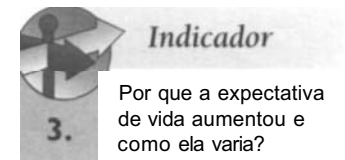
longevidade

Duração da vida de um indivíduo.

Tendências e Fatores na Expectativa de Vida e na Mortalidade

Hoje, a maioria das pessoas pode esperar ficar velha, até mesmo muito velha. Um bebê nascido nos Estados Unidos em 1998 poderia esperar viver 76,5 anos, aproximadamente 29 anos mais do que um bebê nascido em 1900 (AARP, 1999; Anderson, 1999). Mundialmente, a expectativa média de vida aumentou 37% desde 1955, de 48 para 66 anos, e projeta-se que irá chegar a 73 anos em 2025 (WHO, 1998).

Essa longevidade - sem precedentes na história da humanidade (ver Figura 17-2) - está diretamente relacionada com o envelhecimento da população. Ela reflete um rápido declínio nas *taxas de mortalidade* (as proporções de uma população total ou de determinadas faixas etárias que morrem em um determinado ano). O mais longo ciclo de vida de hoje provém sobretudo de uma redução dramática nas mortes durante o primeiro ano de vida e durante a infância; menor número de mortes durante a idade adulta inicial, principalmente durante o parto; novos tratamentos para muitas doenças anteriormente fatais; uma população com melhor nível de instrução, mais consciente da saúde.



Nos Estados Unidos, as taxas de mortalidade de doenças cardíacas, principal causa de morte na terceira idade, foram reduzidas pela metade desde 1970 entre pessoas de 65 a 84 anos e diminuíram em 21% entre as de 85 anos ou mais (NCHS, 1999a). As outras principais causas de morte na terceira idade são, em ordem decrescente, câncer, derrame, doença pulmonar, pneumonia e gripe, diabetes, acidentes, doença renal, mal de Alzheimer e septicemia (envenenamento do sangue por infecção bacteriana) (Martin, Smith, Mathews e Ventura, 1999).

Quanto mais tempo as pessoas vivem, mais elas tendem a viver. Os norte-americanos que conseguiram chegar aos 65 anos em 1998 poderiam esperar alcançar quase 83 anos - seis anos mais do que a expectativa de vida de um bebê nascido naquele ano (Anderson, 1999). A expectativa de vida no nascimento é menor nos Estados Unidos do que em muitos outros países industrializados que possuem taxas de mortalidade infantil mais baixas, mas a diferença desaparece na velhice muito avançada, possivelmente devido à maior educação ou aos maiores gastos com assistência à saúde (Manton e Vaupel, 1995). Pessoas com menor nível de instrução tendem a ter doenças e deficiências mais graves e, por conseguinte, altas taxas de mortalidade (Amaducci et al., 1998). A pesquisa em **gerontologia**, o estudo dos idosos e dos processos de envelhecimento, e em **geriatria**, ramo da medicina relacionado com o envelhecimento, tem destacado a necessidade de serviços de assistência, especialmente para os idosos mais velhos, muitos dos quais não possuem mais recursos e não podem pagar por sua própria assistência.

gerontologia

Estudo dos idosos e dos processos de envelhecimento.

geriatria

Ramo da medicina relacionado com os processos de envelhecimento e com os problemas de saúde relacionados com a idade.

Diferenças Regionais e Étnicas

Mundialmente, as expectativas de vida variam amplamente. Na África subsaariana, uma criança nascida em 1998 poderia esperar viver até os 49 anos (U. S. Bureau of the Census, 1999c). No Japão, no mesmo ano, a expectativa de vida era de 80 anos (U. S. Bureau of the Census, 1998). Em 16 países, a expectativa de vida *diminuiu* entre 1975 e 1995

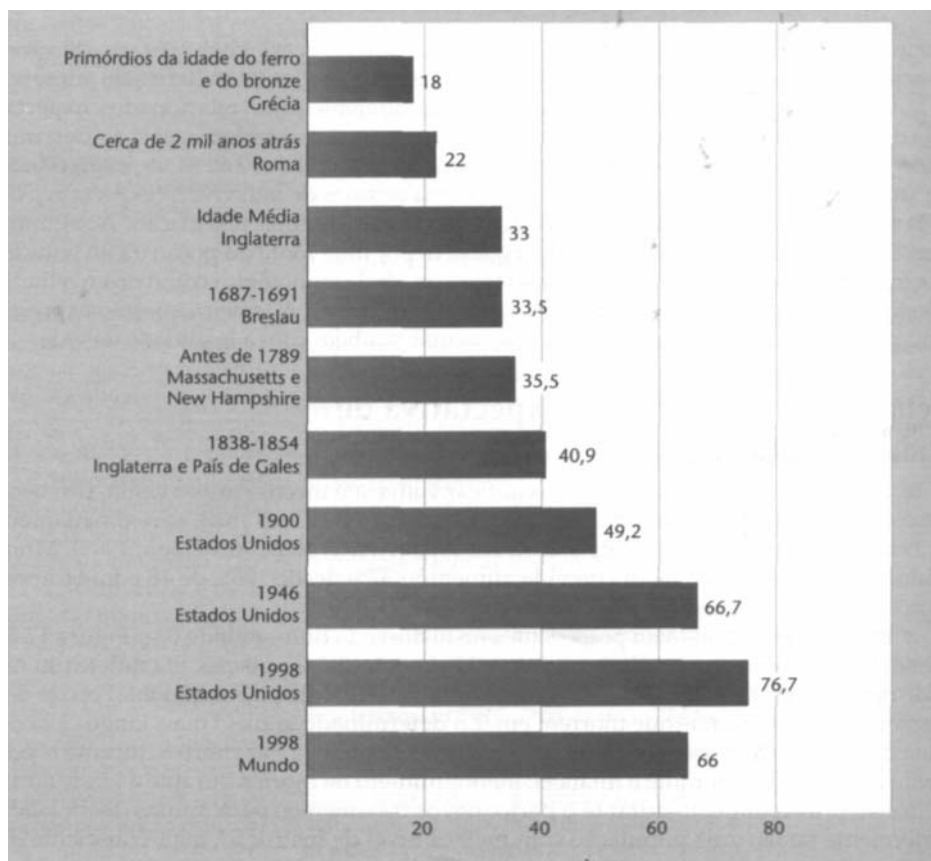


Figura 17-2

Mudanças na expectativa de vida da antigüidade aos tempos modernos.

(Fonte: Adaptado de Katchadourian, 1987; dados de 1998 de Martin et al., 1999, e WHO, 1998.)

(WHO, 1998) - em alguns, com muita rapidez. Por exemplo, a expectativa de vida na Rússia diminuiu em cerca de cinco anos entre 1990 e 1994, devido principalmente à instabilidade econômica e social, a elevadas taxas de uso de álcool e de tabaco, à má nutrição, à depressão e à deterioração do sistema de assistência à saúde (Notzon et al., 1998). Grandes disparidades no tempo de vida também existem dentro dos Estados Unidos. Homens americanos indígenas em Dakota do Sul possuem uma expectativa de vida de apenas 56,5 anos, e homens afro-americanos em Washington, D.C., podem esperar viver apenas até os 58 anos, como ocorre em algumas partes da África. Enquanto isso, homens americanos asiáticos em regiões opulentas de Nova York e de Massachusetts vivem até quase 90 anos (Murray, Michaud, McKenna e Marks, 1998). Essas disparidades radicais podem dever-se em parte a diferenças de renda, de educação e de estilo de vida e possivelmente também a fatores genéticos.

Em média, norte-americanos brancos vivem aproximadamente seis anos a mais do que norte-americanos negros, e as mulheres vivem cerca de cinco a seis anos a mais do que os homens (Martin et al., 1999; ver Tabela 17-1). Como discutido nos capítulos anteriores, afro-americanos, especialmente do sexo masculino, são mais vulneráveis do que americanos brancos à doença e à morte desde o primeiro ano de vida até a idade adulta intermediária. Contudo, essa diferença começa a desaparecer na idade adulta avançada e, aos 85 anos, os afro-americanos podem esperar viver alguns anos a mais do que os brancos. É possível que os negros que conseguiram viver tanto tempo sejam especialmente aptos. Também foi sugerido que esse efeito de "permutação entre negros e brancos" pode dever-se à imprecisão dos dados sobre as idades de adultos negros mais velhos, muitos dos quais não possuem certidão de nascimento (Kramarow et al., 1999; Treas, 1995). De modo geral, a diferença entre as expectativas de vida de negros e de brancos diminuiu nos últimos anos; homens e mulheres de ambas as raças estão vivendo mais tempo do que nunca (Martin et al., 1999).

Tabela 17-1 Expectativa de Vida no Nascimento em Anos, Segundo Sexo e Raça, em 1998, nos Estados Unidos

	Todas as raças	Brancos	Negros
Homens	73,6	74,6	67,8
Mulheres	79,4	79,9	75,0

Fonte: Martin et al., 1999 (dados Preliminares).

Diferenças de Gênero

A vida mais longa das mulheres foi atribuída a diversos fatores: sua maior tendência a se cuidar e a buscar assistência médica (ver Capítulo 13); o nível mais qualificado de apoio social que as mulheres, particularmente as mais velhas, desfrutam (ver Capítulo 18); a maior vulnerabilidade biológica dos homens durante toda a vida. Os meninos são mais propensos do que as meninas a morrer no primeiro ano de vida; meninos e jovens adolescentes apresentam maior probabilidade de morrer de AIDS ou de acidentes; homens de meia-idade e mais velhos tendem mais do que as mulheres a morrer de doença cardíaca ou de outras enfermidades. Os problemas de saúde de mulheres mais velhas tendem a se constituir de condições de longa duração, crônicas e incapacitantes; os homens tendem a desenvolver doenças fatais de curta duração.

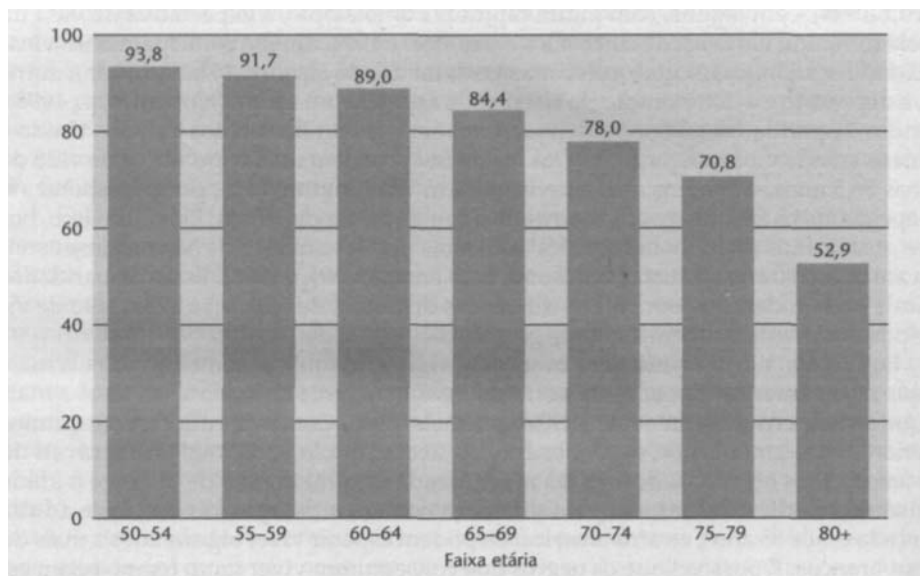
As mulheres nos Estados Unidos foram mais beneficiadas do que os homens com os aumentos na expectativa de vida durante o século XX, principalmente pela redução nas mortes durante o parto. Em 1900, havia uma diferença de apenas dois anos na expectativa de vida entre os sexos. A diferença aumentou para quase oito anos em 1979; desde então, ela se estreitou para cerca de cinco anos e meio, sobretudo porque mais homens do que antes estão sobrevivendo aos enfartes (Martin et al., 1999; Treas, 1995).

A diferença de gênero na expectativa de vida significa que o número de mulheres mais velhas ultrapassa o de homens em uma proporção de três para dois, e essa disparidade aumenta com o avanço da idade. Aos 80 anos, a proporção de mulheres para homens é de aproximadamente dois para um (Kramarow et al., 1999; U.S. Bureau of the Census, 1999a; ver Figura 17-3).

Figura 17-3

Número de homens para cada 100 mulheres no Hemisfério Ocidental por idade, 1997. Com a idade, a proporção de homens para mulheres diminui. Como o número de mulheres mais velhas é maior, elas têm maior probabilidade do que homens mais velhos de viverem sozinhas e de precisarem do auxílio de suas famílias e da sociedade.

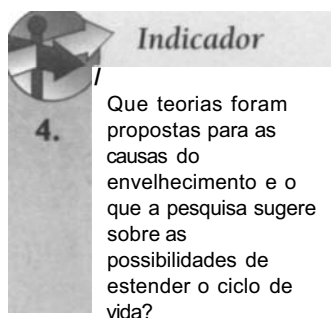
(Fonte: U. S. Bureau of the Census, 1999a.)



VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar como a expectativa de vida relaciona-se com as taxas de mortalidade?
- ✓ Resumir as tendências na expectativa de vida, incluindo diferenças regionais, étnicas e de gênero, e explicar seu significado?



senescência

Período do ciclo de vida marcado por mudanças no funcionamento físico associadas ao envelhecimento; ele se inicia em idades diferentes para cada pessoas.

teorias de programação genética

Teorias que explicam o envelhecimento biológico como resultado de um programa de desenvolvimento geneticamente determinado; compare com *teorias de taxas variáveis*.

As mulheres mais velhas são mais propensas do que os homens mais velhos a enfiar, a não se casar novamente após a viuvez e a viver mais tempo com problemas de saúde e menos tempo de maneira ativa e independente (Katz et al., 1983; Longino, 1987; O'Bryant, 1990-1991; U. S. Bureau of the Census, 1992b, 1995). Elas tendem muito mais a ser pobres e viver sozinhas. Também apresentam maior propensão, em algum momento, a necessitar de auxílio para se alimentar, para se vestir, para tomar banho, para preparar as refeições, para administrar seu dinheiro e para sair de casa. Em última análise, são mais propensas a viver em lares assistenciais (AARP, 1999; Kramarow et al., 1999; Treas, 1995; U.S. Bureau of the Census, 1995, 1996c). O principal motivo para o empobrecimento das mulheres mais velhas é a morte de um marido e a conseqüente perda de suporte financeiro (U. S. Bureau of the Census, 1996c).

Por que as Pessoas Envelhecem?

Com o dramático prolongamento do ciclo de vida, os cientistas estão cada vez mais concentrando a atenção sobre o que acontece com o corpo humano com a passagem do tempo. Na idade adulta inicial, as perdas físicas costumam ser tão pequenas e tão graduais, que são quase imperceptíveis. Com a idade, as diferenças individuais aumentam. Um homem de 80 anos é capaz de ouvir todas as palavras de uma conversa sussurrada; outro não é capaz de ouvir a campainha. Uma mulher de 70 anos corre maratonas; outra não consegue dar a volta na quadra. O início da **senescência**, período marcado por evidentes declínios no funcionamento corporal, às vezes, associados ao envelhecimento, varia muito. Por quê? E no que diz respeito a isso, por que as pessoas envelhecem? A maioria das teorias sobre o envelhecimento biológico enquadram-se em duas categorias: *teorias de programação genética* e *teorias de taxa variável* (resumidas na Tabela 17-2).*

Teorias de Programação Genética

As **teorias de programação genética** sustentam que os corpos envelhecem segundo uma seqüência normal de desenvolvimento programada nos genes. Essa seqüência implica um ciclo de vida máximo geneticamente determinado. Como discutido no Capítulo 3, as células no corpo estão constantemente se multiplicando através de divisão celular; esse processo é essencial para compensar a morte programada de células inúteis ou potencialmente perigosas e para manter órgãos e sistemas funcionando adequadamente (Goldstein, 1998; Raff, 1998). Leonard Hayflick (1974) constatou que as células

* Este resumo das teorias do envelhecimento refere-se ao NIH/NIA, 1993.

Tabela 17-2 Teorias do Envelhecimento Biológico**Teorias de Programação Genética**

Teoria da senescência programada: O envelhecimento é o resultado da ativação e da desativação sequencial de certos genes, com a senescência sendo definida como o momento quando déficits associados à idade manifestam-se.

Teoria endocrinológica: Relógios biológicos atuam através de hormônios para controlar a taxa de envelhecimento.

Teoria imunológica: Um declínio programado nas funções do sistema imunológico leva à maior vulnerabilidade, a doenças infecciosas; assim, ao envelhecimento e à morte.

Teorias de Taxas Variáveis

Teoria do desgaste: As células e os tecidos têm partes especiais que se desgastam.

Teoria dos radicais livres: Os danos acumulados dos radicais de oxigênio fazem com que células e - eventualmente - órgãos parem de funcionar.

Teoria da taxa de metabolismo: Quanto maior a taxa de metabolismo de um organismo, mais curto é o ciclo de vida.

Teoria auto-imune: O sistema imunológico confunde-se e ataca as próprias células do organismo.

Fonte: Adaptado de NIH/NIA, 1993, p.2.

humanas dividem-se no máximo 50 vezes em laboratório; isso é chamado de **limite Hayflick**, o qual foi comprovado ser geneticamente controlado (Schneider, 1992). Isso sugere que pode haver um limite biológico no ciclo de vida das células humanas e, portanto, da vida humana - limite que Hayflick estimou em 110 anos. Se, como sugeriu Hayflick (1981), as células passam pelo mesmo processo de envelhecimento no corpo que passam na cultura de laboratório - hipótese que ainda não foi comprovada - então as influências ambientais desempenhariam pouco ou nenhum papel no envelhecimento (Gerhard e Cristofalo, 1992). O corpo humano, como uma máquina, seria biologicamente programado para falhar em determinado ponto.

A falha poderia ocorrer por meio da senescência programada: genes específicos sendo "desativados" antes que perdas relacionadas com a idade (por exemplo, de visão, de audição e de controle motor) se evidenciem. Ou o relógio biológico poderia atuar sobre os genes que controlam as *mudanças hormonais* ou causam problemas no *sistema imunológico*, deixando o corpo vulnerável a doenças infecciosas. Existem evidências de que algumas alterações físicas relacionadas com a idade, como perda da força muscular, acúmulo de gordura e atrofia de órgãos, podem estar relacionados com declínios na atividade hormonal (Lamberts, van den Beld e van der Lely, 1997; Rudman et al., 1990). E os índices de produção de células imunológicas podem prognosticar taxas de sobrevivência de dois anos entre os idosos mais velhos (Miller, 1996).

Ainda outra hipótese é a de que o relógio biológico é regulado por um encurtamento gradual dos *telômeros*, as extremidades protetoras dos cromossomos, toda vez que a célula divide-se. Essa erosão programada com o tempo evolui para um ponto em que a divisão celular cessa totalmente (de Lange, 1998). Evidências de apoio a essa hipótese provêm de um estudo em que o gene para a *telomerase* - enzima que permite aos cromossomos sexuais repararem seus telômeros - foi introduzida em células corporais humanas em cultura de laboratório, juntamente com um mecanismo para ativar o gene. As células continuaram se dividindo muito além de seu ciclo de vida normal, sem qualquer anormalidade aparente (Bodnar et al., 1998; ver Figura 17-4). Se o prolongamento dos telômeros pode reajustar o relógio do envelhecimento biológico, no futuro os cientistas talvez sejam capazes de prevenir ou de tratar a arteriosclerose, a demência, o enrugamento da pele, a rigidez nas articulações e outras doenças e deficiências da velhice.

Não resta dúvida de que os genes "exercem forte controle sobre o ciclo de vida e sobre os padrões de envelhecimento" (Finch e Tanzi, 1997, p. 407). Entretanto, a programação genética não pode sozinha explicar tudo; caso contrário, todos os seres humanos morreriam na mesma idade. Fatores ambientais e experienciais interagem com fatores genéticos (Finch e Tanzi, 1997).

Teorias de Taxas Variáveis

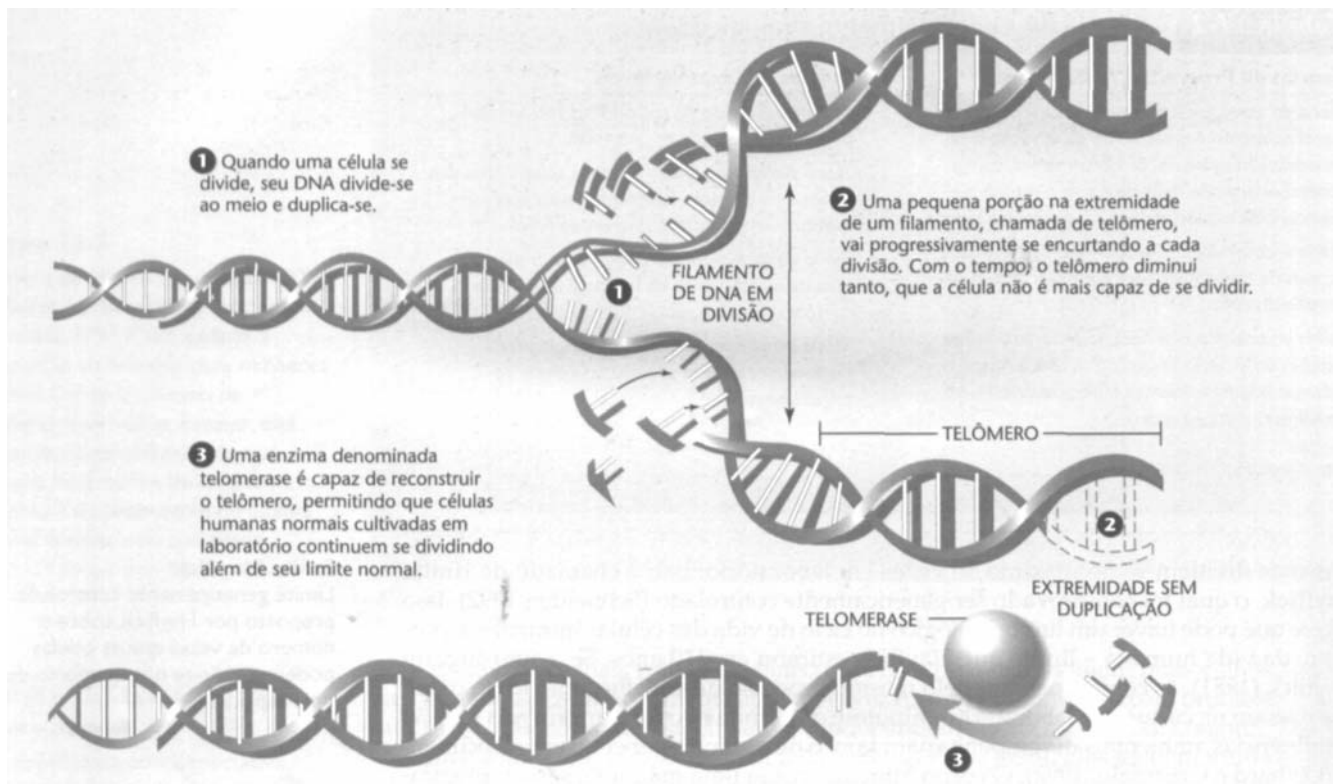
As **teorias de taxas variáveis**, às vezes chamadas de *teorias de erro*, vêem o envelhecimento como resultado de processos que variam de pessoa para pessoa. Esses processos podem ser influenciados tanto por fatores internos como externos. Na maioria das teo-

limite Hayflick

Limite geneticamente controlado, proposto por Hayflick, sobre o número de vezes que as células podem dividir-se nos membros de uma espécie.

teorias de taxas variáveis

Teorias que explicam o envelhecimento biológico como resultado de processos que variam de pessoa para pessoa e que são influenciados tanto por fatores internos como externos; às vezes chamadas de *teorias de erro*. Compare com *teorias de programação genética*.

**Figura 17-4**

Como a perda de telômeros afeta a divisão celular.

(Fonte: Letola, 1998.)

rias de taxas variáveis, o envelhecimento envolve danos devido a erros casuais nos sistemas biológicos das pessoas ou a ataques ambientais a eles. Outras teorias de taxas variáveis concentram-se em processos internos, como o metabolismo (o processo pelo qual o corpo transforma os alimentos e o oxigênio em energia), os quais podem influenciar mais direta e continuamente a taxa de envelhecimento (NIA, 1993; Schneider, 1992).

A *teoria do desgaste* sustenta que o corpo envelhece como resultado do acúmulo de danos ao sistema. Acredita-se que à medida que envelhecem, as células tornam-se menos capazes de reparar ou de substituir componentes danificados. Estressores internos e externos (incluindo o acúmulo de materiais prejudiciais, como os subprodutos químicos do metabolismo) podem agravar o processo de desgaste.

A *teoria dos radicais livres* concentra-se nos efeitos deletérios, dos **radicais livres**: átomos ou moléculas altamente instáveis que se formam durante o *metabolismo* (conversão de oxigênio em energia), os quais reagem com as membranas celulares, as proteínas celulares, as gorduras, os carboidratos e até mesmo com o DNA, podendo danificá-los. Os danos dos radicais livres acumulam-se com a idade; eles têm sido associados à artrite, à distrofia muscular, à catarata, ao câncer, ao diabetes de aparecimento tardio e a transtornos neurológicos, como o mal de Parkinson (Stadtman, 1992; Wallace, 1992).

Essa teoria foi notavelmente apoiada por pesquisas nas quais drosófilas receberam cópias extras de genes que eliminam os radicais livres. Seus ciclos de vida foram prolongados em até cerca de um terço (Orr e Sohal, 1994). Em seres humanos, a pesquisa sobre os efeitos de suplementos antioxidantes, que, acredita-se, são capazes de deter a atividade dos radicais livres, é inconclusiva; mas, em um estudo, o consumo elevado de vitamina C e de vegetais ricos em betacaroteno parecia proteger contra a morte precoce, particularmente por doença cardíaca (Sahyoun, Jacques e Russell, 1996).

radicais livres

Átomos ou moléculas altamente instáveis formados durante o metabolismo e que podem causar danos corporais.

A *teoria da taxa de metabolismo* sugere que o corpo possui uma capacidade limitada de trabalho; quanto mais rápido ele trabalha, mais rapidamente ele se esgota. Assim, a velocidade do metabolismo determina a duração da vida. Essa teoria encontra sustentação no fato de que peixes cujo metabolismo é retardado colocando-os em água mais fria vivem mais do que viveriam em água mais quente (Schneider, 1992).

A *teoria auto-imune* sugere que o sistema imunológico pode ficar "confuso" na velhice e produzir anticorpos que atacam as células do próprio corpo. Acredita-se que esse mau funcionamento, chamado de **auto-imunidade**, seja responsável por algumas doenças relacionadas com a envelhecimento (Spence, 1989).

Uma importante parte do quadro parece ser como a morte celular é regulada. Normalmente, esse processo é geneticamente programado. Contudo, quando os mecanismos que normalmente fazem com que as células desnecessárias se autodestruam não funcionam bem, esse colapso na remoção celular pode causar danos por derrame, pelo mal de Alzheimer, por câncer e por doenças auto-imunes. Às vezes, o mau funcionamento é desencadeado pela exposição a "insultos" ambientais, tais como exposição a raios ultravioletas, a raios X e à quimioterapia (Miller e Marx, 1998). Por outro lado, problemas podem ser causados pela morte de células *necessárias*. A crescente sensibilidade das células T - glóbulos brancos que destroem substâncias invasoras - a sinais para se autodestruírem pode ajudar a explicar o enfraquecimento do sistema imunológico durante o envelhecimento (Aggarwal, Gollapudi e Gupta, 1999).

As teorias de programação genética e de taxas variáveis possuem conseqüências práticas. Se os seres humanos são programados para envelhecer a uma certa taxa, eles pouco podem fazer para retardar esse processo, exceto tentar alterar os genes apropriados. Os cientistas já começaram a identificar alelos que ocorrem com frequência incomum em centenários (Finch e Tanzi, 1997). Além disso, pesquisas laboratoriais sobre modificações genéticas em animais (discutidas na próxima seção) são promissoras. Se, por outro lado, o envelhecimento é variável, como parecem sugerir as evidências apresentadas nas seções a seguir, então o estilo de vida e as práticas de saúde (como o regime de exercícios de John Glenn) podem influenciá-lo.

Parece provável que cada uma dessas perspectivas ofereça parte da verdade. A programação genética pode limitar a duração máxima da vida, mas fatores ambientais e de estilo de vida podem afetar o quanto uma pessoa aproxima-se do máximo e em que condições.

Em que Medida Podemos Prolongar o Ciclo de Vida?

Quando a francesa Jeanne Calment morreu em 1997 aos 122 anos, o ciclo de vida dela foi o mais longo já documentado na história. Será possível que os seres humanos possam viver ainda mais tempo - 130, 150 ou até 200 anos?

Muitos gerontologistas têm sustentado que 110 a 120 anos é o limite máximo do ciclo de vida humano - a possível duração da vida para membros da espécie humana, assim como o limite máximo para os cães é cerca de 20 anos e para tartarugas, 150 (NIA, 1993). O limite Hayflick prevê que, mesmo que todas as doenças e as causas de morte fossem eliminadas, os seres humanos viveriam apenas até cerca de 110 anos; então, o relógio celular se gastaria, e eles morreriam. Até pouco tempo, mudanças históricas nas **curvas de sobrevivência** - percentual de pessoas que vivem até diversas idades - apoiavam a idéia de um limite para a vida humana. Embora muitas pessoas estivessem vivendo mais tempo do que no passado, as curvas ainda terminavam em torno da idade de 100 anos; isso sugeria que, independentemente da saúde e boa forma, o ciclo de vida máximo não é muito mais longo. Hoje, contudo, dados sobre centenários parecem contradizer essa perspectiva (ver Quadro 17-1).

Hoje, a pesquisa com animais está contestando a idéia de um limite geneticamente inalterável para cada espécie. Os cientistas prolongaram os ciclos de vida saudável de minhocas, de mosquinhas-das-frutas e de camundongos através de ligeiras mutações genéticas (Ishii et al., 1998; Johnson, 1990; Kolata, 1999; Lin, Seroude e Benzer, 1998; Parkes et al., 1998; Pennisi, 1998). Em seres humanos, contudo, o controle genético de um processo biológico pode ser muito mais complexo. Aproximadamente 200 genes parecem envolvidos na regulação do envelhecimento humano (Schneider, 1992), sendo que genes específicos controlam diferentes processos. É bastante possível que nenhum gene ou processo isolado seja responsável pela senescência e pelo fim da vida. Por conseguinte, parece improvável que a terapia genética possa mudar o limite

auto-imunidade

Tendência de um corpo em envelhecimento a confundir seus próprios tecidos com invasores estranhos e a atacá-los e destruí-los.

Pense sobre isso...

- Se você pudesse viver o tempo que quisesse, quanto tempo você iria querer viver? Que fatores influenciariam sua resposta?
- O que você preferiria: viver uma vida longa ou viver menos tempo com uma melhor qualidade de vida?

curvas de sobrevivência

Curvas, projetadas em um gráfico, mostrando os percentuais de uma população que sobrevivem em cada faixa etária.

Jean Calmentne, Aries, França, foi um dos dois únicos seres humanos que viveram até os 120 anos de que temos notícia, idade que alguns cientistas acreditam ser o limite do ciclo de vida humano. (O outro foi Shigechiyo Izumi, do Japão, que morreu em 1986.) Calment aparece aqui pouco antes de completar 120 anos em março de 1995, segurando o álbum de fotos da família onde ela aparece em uma fotografia aos 40 anos.



do ciclo de vida humana, embora possa aumentar a longevidade média (Gerhard e Cristofalo, 1992).

Um linha promissora de pesquisa não-genética é sobre a restrição dietética. Ratos alimentados com de 35 a 40% menos calorias do que o normal, com todos os nutrientes necessários, vivem até 50% mais tempo do que outros roedores de laboratório (cerca de 1.500 dias comparados com 1.000 dias). Também foi constatado que uma dieta espartana prolonga a vida em minhocas e em peixes - na verdade, em praticamente todas as espécies em que isso foi testado (Weindruch e Walford, 1988). Essas descobertas se enquadram nas teorias que consideram a taxa de metabolismo ou uso de energia como determinante crucial do envelhecimento (Masoro, 1985, 1988, 1992; Sohal e Weindruch, 1996). A restrição calórica também parece reduzir a produção de radicais livres, facilitar a reparação de DNA e preservar a capacidade do sistema imunológico de combater as doenças (Walford, citado em Couzin, 1998).

Ainda que estudos sistemáticos sobre a extensão da vida não tenham sido realizados em seres humanos, as potenciais implicações dessa pesquisa são espantosas. Esses estudos despertaram a esperança pela futura realização do sonho muito antigo de uma "fonte da juventude", mas também levantam questões éticas sobre a correção de "mexer" com a vida humana, além de preocupações com os custos de sustentar uma população de idosos muito maior do que atualmente planejado.

Uma questão fundamental é se a maior longevidade seria acompanhada pela prevenção ou pelo adiamento de doenças relacionadas com a idade (Banks e Fosse, 1997). Alguns gerontologistas - em consonância com o lema da Sociedade Americana de Gerontologia, "Acréscetar vida aos anos, não apenas anos à vida" - receiam que a erradicação das maiores causas de morte, isto é, o câncer e as doenças cardíacas, apenas aumentaria o número de pessoas que viveriam o suficiente para enfrentar enfermidades incapacitantes como a artrite e a demência (Cassei, 1992; Treas, 1995).

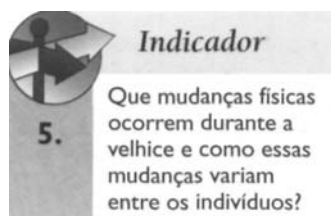
VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Comparar dois tipos de teorias do envelhecimento biológico, suas implicações e suas evidências de sustentação?
- ✓ Descrever duas linhas de pesquisa sobre a extensão da vida e discutir a importância de suas descobertas?

Mudanças Físicas

Algumas mudanças tipicamente associadas ao envelhecimento são óbvias até para um observador casual. A pele mais velha tende a ficar mais pálida e manchada e menos flexível; como algumas gorduras e músculos desaparecem, a pele pode enrugar. Veias varicosas nas pernas tornam-se mais comuns. Os cabelos ficam grisalhos e mais finos, e os pêlos corporais tornam-se mais escassos. Mudanças menos visíveis afetam órgãos internos e sistemas corporais, o cérebro e o funcionamento sensorio, motor e sexual.



Mudanças Orgânicas e Sistêmicas

Como o envelhecimento afeta o funcionamento físico e a saúde? A missão espacial da *Discovery* de John Glenn pretendia elucidar essa questão.

As mudanças fisiológicas na terceira idade são altamente variáveis; muitos dos declínios comumente associados ao envelhecimento podem, na verdade, ser *efeitos* de doença em vez de causas (Williams, 1992). Alguns sistemas corporais declinam mais rápido do que outros (ver Figura 17-5). O aparelho digestivo, incluindo o fígado e a vesícula biliar, permanece relativamente eficiente. Entre as mudanças mais graves estão aquelas que acometem o coração. Seu ritmo tende a tornar-se mais lento e irregular, depósitos de gordura acumulam-se a seu redor, podendo interferir em seu funcionamento, e a pressão arterial costuma aumentar. Entretanto, como sugere a abordagem de desenvolvimento do ciclo de vida de Baltes (ver Capítulo 1), ganhos podem compensar as perdas. Embora a capacidade saudável do coração de bombear mais rapidamente durante o exercício tenda a diminuir com a idade, o fluxo sanguíneo diminui muito pouco, porque o coração bombeia mais sangue a cada batimento (NIH/NIA, 1993; Rodehoffer et al., 1984).

A altura diminui da idade adulta inicial à velhice - em média, pouco mais do que 2,54 centímetros para os homens e até 5,08 centímetros para as mulheres (Whitbourne, 1985). Adultos perdem altura em idade avançada porque os discos entre as vértebras da coluna atrofiam-se; eles podem parecer ainda mais baixos devido à postura encurvada. O adelgaçamento dos ossos pode causar o aparecimento de uma "corcunda de viúva" atrás do pescoço, especialmente em mulheres com osteoporose (ver Capítulo 15). A composição química dos ossos muda na osteoporose, criando maior risco de fraturas. Embora nos Estados Unidos as mulheres tenham quatro vezes mais chances de desenvolver osteoporose do que os homens, estima-se que um terço das fraturas de quadris ocorrem em homens. Os homens tendem a sofrer de osteoporose 10 anos mais tarde do que as mulheres devido à maior massa óssea e a perdas hormonais mais graduais (USDHHS, 1999d).

Embora a terapia estrogênica possa proteger as mulheres contra a osteoporose e, possivelmente, contra a doença cardíaca e algumas outras condições, mulheres mais velhas tendem a ser céticas em relação a seus benefícios. Esse ceticismo parece estar relacionado não apenas com a preocupação em relação aos efeitos prejudiciais (ver Capítulo 15), como também com a crença de que elas não precisam dela (Salamone, Pressman, Seeley e Cauley, 1996).

As pessoas tendem a dormir menos e a sonhar menos em idade avançada. Contudo, isso não significa que pessoas mais velhas *precisem* de menos sono. Pessoas mais velhas possuem o mesmo "relógio" circadiano ou regulador interno do sono que pessoas mais jovens, mas suas horas de sono são mais restritas, e elas podem despertar com mais facilidade devido a problemas físicos ou à exposição à luz (Czeisler et al., 1999;

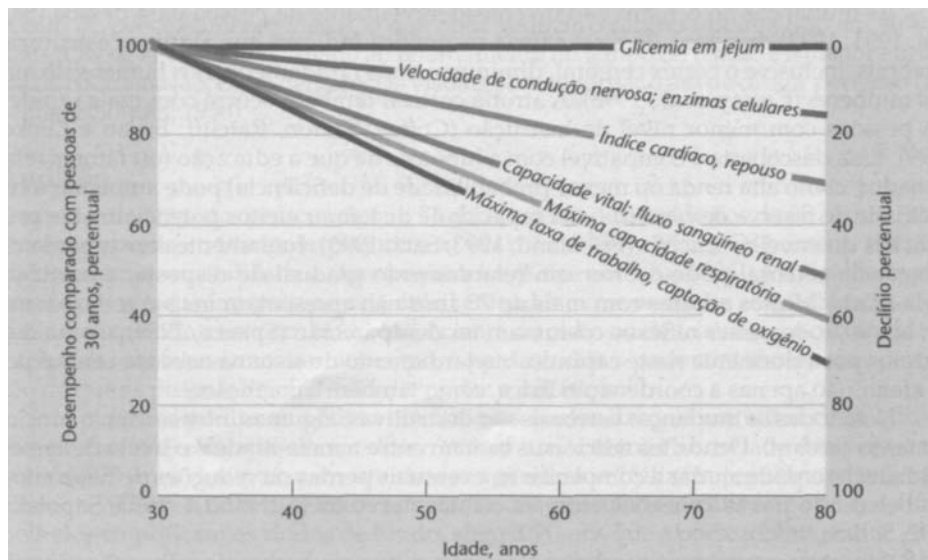


Figura 17.5

Declínio no funcionamento dos órgãos. Diferenças na eficiência funcional dos diversos sistemas corporais internos costumam ser muito pequenas na idade adulta inicial, mas aumentam na velhice.

(Fonte: Katchadourian, 1987.)

capacidade de reserva

Capacidade dos órgão e dos sistemas corporais de exercitar de 4 a 10 vezes mais esforço que o comum sob estresse; também chamada de *reserva orgânica*.

Lamberg, 1997; Webb, 1987; Woodruff, 1985). O mito de que problemas de sono são normais na velhice pode ser perigoso, pois a *insônia* ou falta de sono crônica pode ser um sintoma ou, se não tratada, um precursor da depressão. A terapia cognitivo-comportamental (que consiste em ficar na cama somente ao dormir, levantar-se à mesma hora todos os dias e informar-se sobre as falsas crenças relativas às necessidades de sono) produziu melhora a longo prazo com ou sem tratamento medicamentoso, ao passo que a medicação sozinha não produziu tal efeito (Morin, Colecchi, Stone, Sood e Brink, 1999; Reynolds, Buysse e Kupfer, 1999).

Outro aspecto importante que pode afetar a saúde é um declínio na **capacidade de reserva** (ou *reserva orgânica*), capacidade de auxílio que ajuda os sistemas corporais a funcionar em momentos de estresse. Normalmente, as pessoas não utilizam seus órgãos e seus sistemas corporais ao máximo. Existe uma capacidade extra para circunstâncias extraordinárias, o que permite que cada órgão desempenhe de 4 a 10 vezes mais esforço do que o normal. A capacidade de reserva ajuda a preservar a *homeostase*, a manutenção de funções vitais em sua faixa ideal.

Com a idade, os níveis de reserva tendem a diminuir. Embora o declínio geralmente seja imperceptível na vida cotidiana, pessoas mais velhas geralmente não conseguem responder às demandas físicas de situações estressantes com a mesma rapidez e eficiência que antes. Uma pessoa que costumava ser capaz de remover a neve e depois ir esquiar pode agora exaurir a capacidade do coração apenas com a remoção da neve. Pessoas jovens quase sempre são capazes de sobreviver à pneumonia; pessoas mais velhas, muitas vezes, sucumbem a ela ou, em caso negativo, possuem elevado risco de morrer nos próximos anos (Koivula, Sten e Makela, 1999). Por esse motivo, as vacinas para gripe e para pneumonia são particularmente importantes para os idosos.

Mesmo assim, muitos adultos normais e saudáveis como John Glenn quase nem percebem mudanças no funcionamento sistêmico. Muitas atividades não exigem níveis máximos de desempenho para serem agradáveis e produtivas. Regulando sua própria marcha, a maioria dos adultos mais velhos pode fazer tudo de que precisa e que quer fazer.

O Cérebro em Envelhecimento

Em pessoas mais velhas normais e saudáveis, as mudanças no cérebro geralmente são modestas e fazem pouca diferença no funcionamento (Kemper, 1994). Depois dos 30 anos, o cérebro perde peso, a princípio lentamente, e depois com mais rapidez. Aos 90 anos, o cérebro pode ter perdido até 10% de seu peso. Essa perda de peso foi atribuída à perda de *neurônios* (células nervosas) no córtex cerebral, parte do cérebro que lida com a maioria das tarefas cognitivas. Entretanto, novas pesquisas indicam que a causa não é uma perda generalizada de neurônios, mas uma redução do tamanho neuronal devido à perda de tecido conectivo: *axônios*, *dendritos* e *sinapses* (ver Capítulo 4). Essa redução parece iniciar-se mais cedo e progredir com mais rapidez no córtex frontal, que é importante para a memória e para o funcionamento cognitivo de alto nível (West, 1996; Wickelgren, 1996).

As mudanças no cérebro variam consideravelmente de pessoa para pessoa (Selkoe, 1991, 1992). Imagens de ressonância magnética indicam que algumas estruturas cerebrais, inclusive o córtex cerebral, diminuem mais rapidamente nos homens do que nas mulheres (Coffey et al., 1998). A atrofia cortical também ocorre com mais rapidez em pessoas com menor nível de instrução (Coffey, Saxton, Ratcliff, Bryan e Lucke, 1999). Essa descoberta é compatível com a hipótese de que a educação (ou fatores relacionados, como alta renda ou menor probabilidade de deficiência) pode aumentar a capacidade de reserva de cérebro - sua capacidade de tolerar efeitos potencialmente prejudiciais do envelhecimento (Friedland, 1993; Satz, 1993). Juntamente com a perda de substância cerebral pode ocorrer um retardamento gradual de resposta, a partir de meia-idade. Muitos adultos com mais de 70 anos não apresentam mais o reflexo patelar; aos 90, todos esses reflexos costumam ter desaparecido (Spence, 1989). Como discutimos posteriormente neste capítulo, o retardamento do sistema nervoso central pode afetar não apenas a coordenação física, como também a cognição.

Nem todas as mudanças cerebrais são destrutivas; algumas intensificam o funcionamento cerebral. Dendritos adicionais brotam entre a meia-idade e o início da terceira idade. Isso pode ajudar a compensar as eventuais perdas ou reduções de neurônios, estabelecendo novas conexões entre as células nervosas (NIH/NIA, 1993; Sapolsky, 1992; Selkoe, 1992).

Recentemente os pesquisadores descobriram que cérebros mais velhos são capazes de criar novas células nervosas - algo anteriormente considerado impossível. Autópsias

em cinco pacientes de câncer de 55 a 70 anos, em cujas veias foi injetado um marcador químico, revelaram divisão celular em uma seção do hipocampo, porção do cérebro envolvida na memória (ver Capítulo 5). Assim, mesmo em idade avançada, certa regeneração do cérebro humano é possível (Eriksson et al., 1998). Utilizando uma técnica semelhante de marcação em macacos adultos, pesquisadores constataram uma substancial renovação neuronal no córtex cerebral (Gould, Reeves, Graziano e Gross, 1999). Essas descobertas trazem a esperança de que no futuro os cientistas encontrarão formas de utilizar o potencial de restauração do próprio cérebro para curar doenças cerebrais, como o mal de Alzheimer.

Funcionamento Sensorio e Psicomotor

Embora algumas pessoas mais velhas experimentem acentuados declínios no funcionamento sensorio e psicomotor, outras praticamente não sentem qualquer mudança em sua vida cotidiana. Entre os "idosos velhos", os comprometimentos tendem a ser mais graves e podem privá-los de atividades, de vida social e de independência. Novas tecnologias, como cirurgia corretiva para catarata e melhores aparelhos auditivos ou implantes cocleares para corrigir perdas auditivas, ajudam muitos adultos a evitar essas limitações.

Visão

Com o auxílio de óculos ou lentes de contato, a maioria das pessoas mais velhas consegue enxergar muito bem. Contudo, muitos adultos mais velhos não possuem visão superior a 20/70 e têm dificuldade para perceber profundidade ou cor ou fazer coisas como ler, costurar, fazer compras e cozinhar. Perdas de sensibilidade ao contraste visual podem ocasionar dificuldade para ler letras impressas muito pequenas ou muito fracas (Akutsu, Legge, Ross e Schuebel, 1991; Kline e Scialfa, 1996).

Mais da metade das pessoas de 65 anos desenvolvem **cataratas**, áreas nebulosas ou opacas no cristalino que provocam embaçamento da visão (USDHHS, 1993). A cirurgia para remoção de catarata geralmente é bem-sucedida e é uma das operações mais comuns entre os norte-americanos mais velhos (NIA, 1995a). A **degeneração macular relacionada à idade**, em que o centro da retina gradualmente perde a capacidade de distinguir nitidamente pequenos detalhes, é a principal causa de cegueira funcional em adultos mais velhos (Research to Prevent Blindness, 1994). Problemas visuais mais moderados, muitas vezes, podem ser remediados por lentes corretivas, tratamento médico ou cirúrgico ou mudanças no ambiente (ver Quadro 16-2).

Problemas de visão podem causar acidentes. Olhos mais velhos precisam de mais luz para ver, são mais sensíveis à luz intensa e podem ter dificuldade para localizar e para ler sinais. Dirigir pode tornar-se perigoso, especialmente à noite (Kline et al., 1992; Kline e Scialfa, 1996; Kosnik et al., 1988). O maior risco de colisão automotiva entre motoristas mais velhos pode estar relacionado não tanto com a perda de acuidade visual (nitidez da visão), mas sobretudo com o enfraquecimento da vigilância visual e com o retardamento do processamento visual, o que pode reduzir o campo útil de visão em 40% ou mais (Owsley et al., 1998). Aliado ao retardamento no tempo de reação e à menor eficiência de coordenação, essas deficiências visuais podem tornar o ato de dirigir perigoso (Wiseman e Souder, 1996).

Audição

Cerca de um terço das pessoas de 65 a 74 anos, e cerca de metade das de 85 anos ou mais sofrem de perda auditiva que prejudica a vida diária (NIA, 1995c). Os homens, em especial, perdem a sensibilidade a altas frequências (Kline e Scialfa, 1996). A dificuldade para ouvir sons agudos faz com que seja difícil entender o que os outros estão dizendo, especialmente quando existe um ruído concorrente do rádio ou da televisão ou o zumbido de várias pessoas falando ao mesmo tempo. A perda auditiva pode contribuir para a percepção de que as pessoas de idade são distraídas e irritáveis.

Aparelhos auditivos podem ajudar, mas menos do que um entre cinco adultos que precisam de um aparelho auditivo possui um, e menos de metade das pessoas de mais de 75 anos que possuem um desses aparelhos o utilizam regularmente (Jerger, Chmiel, Wilson e Luchi, 1995). A adaptação aos aparelhos auditivos pode ser difícil, pois eles amplificam os ruídos de fundo, além dos sons que a pessoa deseja ouvir. Além disso, muitas pessoas acham que utilizar um aparelho auditivo é como usar uma placa dizendo "Estou ficando velho".

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir mudanças e variações comuns no funcionamento sistêmico durante a terceira idade?
- ✓ Identificar uma fonte provável de perda de peso cerebral e citar dois tipos de mudanças regenerativas no cérebro?

cataratas

Áreas nebulosas ou opacas no cristalino do olho, que causam embaçamento da visão.

degeneração macular relacionada à idade

Condição em que o centro da retina gradualmente perde sua capacidade de discernir pequenos detalhes; principal causa de cegueira funcional em adultos mais velhos.

O aparelho auditivo no ouvido dest senhor ajuda-o a compreender os sons agudos da fala de sua jovem neta. Cerca de um terço das pessoas de 65 a 74 anos e a metade das de 85 anos ou mais sofrem alguma perda auditiva que prejudica as atividades diárias, mas apenas cerca de uma em cinco possui aparelho auditivo, e muitas das que possuem não o utilizam regularmente.



Olfato e Paladar

O gosto que sentimos, muitas vezes, depende do olfato. Perdas nesses dois sentidos podem ser uma parte normal do envelhecimento, mas também podem ser causadas por uma ampla variedade de doenças e de medicações, por cirurgia ou por exposição a substâncias nocivas no ambiente. Quando pessoas mais velhas queixam-se de que não sentem mais o sabor dos alimentos, isso pode dever-se ao menor número de papilas gustativas na língua ou ao não-funcionamento adequado dos receptores gustativos. Também é possível que os bulbo olfatório - o órgão cerebral responsável pelo sentido do olfato - ou outras estruturas cerebrais relacionadas estejam danificadas (Schiffman, 1997). A sensibilidade a sabores azedos, salgados e amargos pode ser mais atingida do que a sensibilidade aos doces (Spitzer, 1988). As mulheres parecem conservar melhor os sentidos de gosto e de olfato do que os homens (Ship e Weiffenbach, 1993).

Força, Resistência, Equilíbrio e Tempo de Reação

Pessoas de mais idade podem fazer a maioria das coisas que as mais jovens fazem, mas mais lentamente. Elas têm menos força do que antes e são limitadas nas atividades que exigem resistência ou capacidade de carregar cargas pesadas. Os adultos geralmente perdem cerca de 10 a 20% de sua força até os 70 anos, especialmente nos músculos dos membros inferiores, e mais depois dessa idade. Algumas pessoas aos 70 ou 80 anos possuem apenas a metade da força que tinham aos 30 (Spence, 1989; Spirduso e MacCrae, 1990). A resistência para caminhar diminui mais regularmente com a idade, especialmente entre as mulheres, do que alguns outros aspectos da boa forma, como flexibilidade (Van Heuvelen, Kempen, Ormel e Rispens, 1998).

Entretanto, essas perdas podem ser reversíveis. Em estudos controlados com pessoas de 60 a 90 anos, programas de treinamento com pesos e de treinamento da resistência de oito semanas a dois anos de duração aumentaram a força, o tamanho e a mobilidade muscular, além de aumentarem a velocidade e resistência (Ades, Ballor, Ashikaga, Utton e Nair, 1996; Fiatarone et al., 1990; Fiatarone, O'Neill e Ryan, 1994; McCartney, Hicks, Martin e Webber, 1996). Em outro estudo, ginástica aeróbica de baixo impacto e moderada intensidade e treinamento com exercícios aumentaram a captação máxima de oxigênio, a força muscular das pernas e o vigor (Engels, Drouin, Zhu e Kazmierski, 1998). Essa evidência de *plasticidade* (ou modificabilidade do desempenho) é importante porque as pessoas cujos músculos foram atrofiados tendem mais a sofrer quedas e fraturas e a necessitar de auxílio com as tarefas do dia-a-dia.

Segundo um estudo finlandês, o risco de danos por quedas mais do que duplicou entre adultos mais velhos desde 1970 (Kannus et al., 1999). Muitas dessas quedas podem ser prevenidas eliminando-se perigos comumente presentes nos lares (Gill, Williams, Robison e Tinetti, 1999). (A Tabela 17-3 é uma lista de verificação para eliminação de ameaças domésticas.)

Tabela 17-3 Lista de Verificação para Prevenção de Quedas no Lar

Escadarias, corredores e passagens	Sem desordem Boa iluminação, especialmente no alto das escadas Interruptores de luz no alto e na parte de baixo das escadas Corrimões firmes em ambos os lados e em toda a extensão das escadas Carpets firmemente presos e sem rugosidade; faixas texturizadas ou abrasivas para garantir firmeza aos pés
Banheiros	Barras de apoio convenientemente localizadas dentro ou fora de banheiras e de chuveiros e próximo a vasos sanitários Tapetes antiderrapantes, faixas abrasivas ou carpete em todas as superfícies que possam ficar úmidas Luzes noturnas
Dormitórios	Telefones e luzes noturnas ou interruptores de luz próximos das camas
Todas as áreas da casa	Fios elétricos ou de telefone fora das áreas de passagem Tapetes e carpets bem afixados ao piso Averiguar perigos, como pregos expostos e soltos Mobília e outros objetos em lugares familiares e não nas áreas de passagem; cantos de mesa arredondados ou forrados Sofás e cadeiras de altura adequada para facilitar seu uso

Fonte: Adaptado de NIA, 1993.

Adultos mais velhos são particularmente suscetíveis a quedas devido à reduzida sensibilidade das células receptoras que levam ao cérebro informações sobre a posição do corpo no espaço - informações necessárias para manter o equilíbrio. Reflexos mais lentos, menor força muscular e perda de visão e de percepção de profundidade também contribuem para a perda de equilíbrio (Neporent, 1999). Adultos mais velhos podem ter mais dificuldade do que adultos mais jovens para se recuperar quando perdem o equilíbrio (Brown, Shumway-Cook e Wollacott, 1999), assim como John Glenn demorou um pouco mais do que seus parceiros de vôo para recuperar o "pé de marinheiro" depois de flutuar sem peso por nove dias.

Exercícios destinados a melhorar o equilíbrio podem restaurar o controle do corpo e a estabilidade postural. A prática chinesa tradicional do *tai chi* é especialmente eficaz para manter o equilíbrio, a força e a capacidade aeróbica (Baer, 1997; Kutner, Barnhart, Wolf, McNeely e Xu, 1997; Lai, Lan, Wong e Teng, 1995; Wolf et al., 1996; Wolfson et al., 1996).

O tempo de reação, que geralmente se relaciona com mudanças neurológicas, também pode responder a treinamento. Pessoas mais velhas que brincaram com jogos eletrônicos por 11 semanas, utilizando *joy sticks* e botões de disparo, apresentavam tempos de reação mais curtos após o treinamento do que um grupo-controle sedentário (Dustman, Emmerson, Steinhaus, Shearer e Dustman, 1992). Embora o treinamento talvez não seja capaz de tornar adultos mais velhos tão rápidos quanto outros mais jovens que recebem o mesmo treinamento, ele pode permitir que adultos mais velhos trabalhem e pratiquem atividades cotidianas com maior rapidez do que antes (Park, 1992). Com muitos dos jovens de hoje jogando jogos de computador que exigem rápidas respostas, talvez não vejamos declínios tão extensos nas habilidades motoras quando essa geração de jovens adultos envelhecer.

Funcionamento Sexual

O fator mais importante na manutenção do funcionamento sexual na terceira idade é a atividade sexual regular ao longo dos anos. Um homem saudável que se manteve sexualmente ativo geralmente pode continuar alguma forma de expressão sexual ativa durante os 70 ou 80 anos. As mulheres são fisiologicamente capazes de atividade sexual ativa durante toda a vida; o principal obstáculo para uma vida sexual satisfatória para elas tende a ser a ausência de um parceiro (Masters e Johnson, 1966, 1981; NIA, 1994; NFO Research Inc., 1999).

O sexo é diferente ao final da idade adulta do que era antes. Os homens geralmente levam mais tempo para desenvolver uma ereção e para ejacular, podem precisar de mais estimulação manual e podem experimentar maiores intervalos entre as ereções.

As disfunções sexuais podem aumentar, mas com frequência são tratáveis (Bremner, Vitiello e Prinz, 1983; NIA, 1994; ver Capítulo 15). O entumescimento das mamas e outros sinais de excitação sexual nas mulheres são menos intensos do que antes. A vagina pode tornar-se menos flexível e necessitar de lubrificação artificial.

Mesmo assim, a maioria dos homens e das mulheres mais velhas pode usufruir da expressão sexual (Bortz, Wallace e Wiley, 1999). Em uma pesquisa postal junto a uma amostra nacional de 1.384 adultos de meia-idade e mais velhos, dois terços dos que possuíam parceiros sexuais disseram estar satisfeitos com suas vidas sexuais. A atividade sexual era mais importante para os homens do que para as mulheres; entre os que tinham 75 anos ou mais, 35% dos homens, mas apenas 13% das mulheres, afirmaram que isso era importante para sua qualidade de vida. Embora a atividade sexual relatada diminuísse com a idade, de modo geral cerca de três quartos dos homens e das mulheres com parceiros disseram que tinham relações sexuais pelo menos uma vez ao mês; entre os com 75 anos ou mais, cerca de um quarto disse praticar sexo pelo menos uma vez por semana (NFO Research, Inc., 1999).

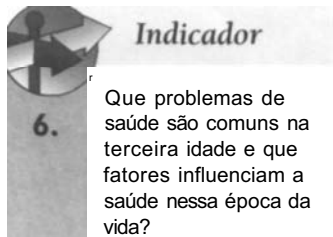
A expressão sexual pode ser mais satisfatória para pessoas de mais idade se tanto jovens quanto velhos a reconhecerem como normal e saudável. Os sistemas de moradia e os provedores de assistência devem levar em conta as necessidades sexuais dos idosos. Os médicos devem evitar a prescrição de medicamentos que interfiram no funcionamento sexual e, quando isso for necessário, devem alertar os pacientes sobre seus efeitos, j

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever as típicas mudanças no funcionamento sensório-motor e dizer como elas podem afetar a vida diária?
- ✓ Resumir as mudanças no funcionamento sexual e nas atitudes relativas à atividade sexual que ocorrem na terceira idade?

Saúde Física e Mental



Os adultos mais velhos nos Estados Unidos e em muitos outros países industrializados têm um padrão de vida mais alto e mais conhecimento sobre seus corpos do que em qualquer outra época. O melhor saneamento e o uso generalizado de antibióticos contribuíram para melhorar a saúde. Entretanto, essas mudanças positivas foram acompanhadas por mudanças negativas: mais agentes cancerígenos nos alimentos, no local de trabalho e no ar que respiramos; um ritmo de vida mais acelerado, o qual contribui para a hipertensão e para a doença cardíaca. Além disso, a vida mais longa aumenta a probabilidade de distúrbios físicos e mentais que tendem a ocorrer na terceira idade. As chances de ser razoavelmente saudável e de ter boa forma física em idade avançada, muitas vezes, dependem do estilo de vida, principalmente da dieta e do exercício.

Condições de Saúde e Assistência à Saúde

A maioria dos adultos mais velhos tem boa saúde geral, ainda que não tão boa, em média, quanto adultos mais jovens e de meia-idade. A proporção de pessoas com saúde regular ou má aumenta com a idade e é maior para pessoas negras e hispânicas do que para brancos não-hispânicos (Kramarow et al., 1999). À medida que envelhecem, as pessoas tendem a experimentar problemas de saúde mais persistentes e potencialmente incapacitantes. Na presença de condições crônicas e de perda da capacidade de reserva, mesmo uma doença ou um dano mais leve pode ter sérias repercussões.

A maioria dos idosos tem um ou mais problemas crônicos de saúde. De acordo com seus próprios relatos, mais de metade das pessoas não-internadas de 70 anos ou mais sofre de artrite, um terço tem hipertensão, mais de um quarto sofre de doença cardíaca ou de catarata e aproximadamente um décimo sofre de diabetes (Kramarow et al., 1999). Uma vez que níveis elevados de colesterol são um fato de risco importante para a doença cardíaca, diminuir o colesterol através da dieta ou de fármacos é particularmente importante nessa faixa etária (Grundey, Cleeman, Rifkind e Kuller, 1999).

Cerca de um décimo dos adultos mais velhos sofre de asma e de outras doenças respiratórias (NCHS, 1998a). Outras condições comuns incluem câncer, sinusite e comprometimentos visuais, auditivos e ortopédicos (AARP, 1999; Kramarow et al., 1999). Essas condições tornam-se mais frequentes com a idade, mas quando o problema não é grave, geralmente pode ser administrado para não interferir na vida cotidiana.

A **artrite** - grupo de distúrbios que provocam dor e perda de movimento, na maioria das vezes envolvendo inflamação das articulações - é o problema crônico de saúde mais comum de adultos mais velhos (AARP, 1999; Kramarow et al., 1999). Suas principais formas são a *osteoartrite*, (ou doença degenerativa das articulações) que mais freqüentemente afeta as articulações de sustentação de peso, como os quadris e os joelhos, e a *artrite reumatóide*, doença incapacitante que progressivamente destrói o tecido das articulações.

O tratamento geralmente envolve uma combinação de medicação (na maior parte das vezes, anti-inflamatórios), repouso, fisioterapia, aplicação de calor ou frio, proteção das articulações do estresse e, às vezes, substituição de uma articulação, especialmente nos quadris. A retirada do líquido que pode formar-se na cavidade da articulação pode aliviar a osteoartrite, assim como injeções de cortisona (especialmente no joelho). Suplementos dietéticos contendo glicosamina e sulfato de condroitina, os quais estimulam a formação de cartilagens, possuem informalmente bons resultados e estão sendo investigados.

Pessoas de mais idade precisam de mais assistência à saúde do que pessoas mais jovens. O Medicare, o Medicaid e outros programas governamentais cobrem apenas dois terços desse custo; 70% das pessoas no Medicare adquirem seguros de saúde particulares adicionais (AARP, 1998; Kramarow et al., 1999; Treas, 1995). Os beneficiários do Medicare que têm 75 anos ou mais, são deficientes, têm saúde má ou regular ou sofrem de graves limitações nas atividades diárias, que possuem seguro saúde suplementar mas que carecem de cobertura para medicamentos, despendem uma média de 21 a 30% de sua renda em assistência médica e de 4 a 7% somente nos medicamentos (Gibson, Brangan, Gross e Caplan, 1999).

A proporção de adultos mais velhos com deficiências físicas diminuiu desde meados da década de 1980 - evidência da tendência para envelhecimento saudável (Kramarow et al., 1999). Quase cerca de 9% dos adultos de 70 anos ou mais que não estão internados em clínicas de repouso são capazes de realizar todas as tarefas essenciais da vida diária, como caminhar, comer, vestir-se, tomar banho e fazer a higiene pessoal. Entretanto, 20% têm dificuldade para com, pelo menos, uma dessas atividades, e cerca de um terço recebem ajuda de um cuidador. As limitações sobre as atividades aumentam drasticamente com a idade (Kramarow et al., 1999) e são mais comuns entre mulheres, afro-americanos e pessoas com baixa renda (Kramarow et al., 1999; NCHS, 1998a). Por outro lado, as mulheres apresentam maior probabilidade do que os homens de serem capazes de caminhar sem auxílio, de subir escadas e de realizar outras atividades físicas.

Embora apenas 4% de todos os idosos estejam em lares assistenciais, a proporção atinge quase 20% entre as pessoas de 85 anos ou mais. Mais de 50% das mulheres não-internadas e mais de 40% dos homens nesse grupo de "idosos mais velhos" necessitam de assistência nas atividades cotidianas de cuidado próprio (Kramarow et al., 1999). (Discutimos questões relativas aos esquemas de vida e de assistência a longo prazo no Capítulo 18.)

Influências sobre a Saúde

Atividade física, nutrição e outros fatores de estilo de vida influenciam a saúde e a doença. A obesidade, por exemplo, afeta o sistema circulatório, os rins e o metabolismo do açúcar; contribui para distúrbios degenerativos; tende a abreviar a vida. Estilos de vida mais saudáveis podem permitir que um número crescente de jovens e de adultos de meia-idade mantenham um alto nível de funcionamento físico até boa parte da velhice.

Atividade Física

Ninguém é velho demais para se exercitar. A atividade física - caminhar, correr, andar de bicicleta ou levantar pesos, como faz John Glenn - é tão valiosa na terceira idade quanto em períodos anteriores da vida. Mais de dois terços dos adultos mais velhos que não sofrem de deficiência participam de algum tipo de exercício, como caminhar, cuidar do jardim ou fazer alongamento, ao menos duas vezes por semana, mas apenas cerca de um terço dos que se exercitam o fazem por 30 minutos por vez, o nível recomendado (Kramarow et al., 1999).

artrite

Grupo de transtornos que afetam as articulações, causando dor e perda de movimento.

Pense sobre isso . . .

- Você se exercita regularmente? Quantas das pessoas mais velhas que você conhece praticam exercícios? Que tipos de atividade física você acha que será capaz de manter à medida que envelhecer?

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Resumir as condições de saúde de adultos mais velhos e identificar diversas condições crônicas comuns na idade avançada?
- ✓ Oferecer evidências das influências do exercício e da nutrição sobre a saúde?

periodontite

Doença das gengivas.

Um programa vitalício de exercícios pode ajudar a prevenir muitas mudanças físicas anteriormente associadas com o "envelhecimento normal". Exercícios regulares prolongam a vida e podem ajudar a prevenir ou reduzir declínios relacionados com a idade (Mazzeo et al., 1998; Rakowski e Mor, 1992). Eles podem fortalecer o coração e os pulmões e diminuir o estresse. Podem proteger contra a hipertensão, o enrijecimento das artérias, a doença cardíaca, a osteoporose e o diabetes de aparecimento tardio. Parecem ajudar a manter a velocidade, a resistência e a força e as funções básicas, como a circulação e a respiração. Reduzem as chances de danos, fortalecendo e flexibilizando os músculos e as articulações, além de ajudar a prevenir ou aliviar dores lombares e sintomas de artrite. Podem igualmente melhorar a vigilância mental e o desempenho cognitivo, podem ajudar a aliviar a ansiedade e a depressão leve e muitas vezes melhoram o ânimo (Blumenthal et al., 1991; Clarkson-Smith e Hartley, 1989; Hawkins, Kramer e Capaldi, 1992; Hill, Storandt e Malley, 1993; Kramer et al., 1999; NIA, 1995b; Rall, Meydani, Kehayias, Dawson-Hughes e Roubenoff, 1996; Shay e Roth, 1992).

Nutrição

Muitas pessoas mais velhas não se alimentam tão bem quanto deveriam, seja por causa da redução nos sentidos de gustação e de olfato, de problemas dentários, de dificuldade para fazer compras e para preparar os alimentos, seja por renda insuficiente. Além disso, muitos idosos vivem sozinhos e podem não ter vontade de preparar refeições nutritivas só para si mesmos. Estudos obtiveram evidência de desnutrição ou de deficiências dietéticas específicas nas dietas de pessoas idosas (Lamy, 1994; Ryan, Craig e Finn, 1992), especialmente de zinco, de vitamina E, de magnésio e de cálcio, e consumo excessivo de gorduras (Voelker, 1997).

A nutrição desempenha um papel na suscetibilidade a doenças crônicas, como a arteriosclerose, a doença cardíaca e o diabetes (Mohs, 1994). Deficiências vitamínicas têm sido relacionadas a alguns transtornos mentais. Um estudo constatou que a ingestão de vitamina B-6 pode melhorar o desempenho da memória (Riggs, Spiro, Tucker e Rush, 1996). A deficiência de vitamina D aumenta o risco de fratura nos quadris (LeBoff et al., 1999). Comer frutas e legumes - especialmente os ricos em vitamina C, frutas ácidas e sucos, verduras, brócolis, repolho, couve-flor e couve de Bruxelas - diminui o risco de derrame (Joshipura et al., 1999).

A perda de dentes devido a cáries ou à **periodontite** (doença das gengivas), muitas vezes atribuível à higiene bucal insuficiente (NCHS, 1998a), pode ter sérias implicações para a nutrição. Uma vez que as pessoas com falhas na dentição ou com dentes fracos têm dificuldade para mastigar, elas tendem a comer menos e a preferir alimentos mais macios, às vezes menos nutritivos (Wayler, Kapur, Feldman e Chauncey, 1982).

Estes entusiasmados esquiadores estão usufruindo dos benefícios do exercício físico regular na velhice, além de se divertirem. O exercício pode ajudá-los a prolongar suas vidas e a evitar algumas das mudanças físicas comumente - e, ao que parece, erroneamente - associadas ao "envelhecimento normal".



Problemas Mentais e Comportamentais

O declínio na saúde mental não é típico na terceira idade; na verdade, a doença mental é menos comum entre adultos mais velhos do que entre os mais jovens (Wykle e Musil, 1993). Contudo, as perturbações mentais e comportamentais que ocorrem em adultos mais velhos podem ser devastadoras.

Demência é o termo geral para declínios cognitivos e comportamentais de origem fisiológica suficientes para afetar a vida diária (American Psychiatric Association [APA], 1994). Contrário ao estereótipo, a demência não é uma parte inevitável do envelhecimento. Os casos de demência, em sua maioria, são irreversíveis, mas alguns podem ser revertidos com diagnóstico e tratamento precoces (Alzheimer's Association, 1998b; APA, 1994; NIA, 1993).

Aproximadamente dois terços dos casos de demência podem ser causados pelo **mal de Alzheimer** (MA), distúrbio degenerativo e progressivo do cérebro, discutido na seção a seguir (Small et al., 1997). O **mal de Parkinson**, o segundo distúrbio mais comum envolvendo degeneração neurológica progressiva, caracteriza-se por tremor, rigidez, retardamento dos movimentos e postura instável (Nussbaum, 1998). Medicamentos que restauram o suprimento cerebral do neurotransmissor *dopamina* podem aliviar os sintomas de Parkinson (Alzheimer's Association, 1998b). Essas duas doenças, juntamente com a **demência de infartos múltiplos** (DIM), que é causada por uma sequência de pequenos derrames, são responsáveis por pelo menos 80% dos casos de demência, todos irreversíveis. Outras causas de demência incluem danos ou tumores cerebrais, hemorragias, problemas cardiovasculares, doença de Huntington (ver Capítulo 3), hidrocefalia (acúmulo anormal de líquido que exerce pressão sobre o cérebro), transtornos da tireóide, insuficiência hepática ou renal, deficiências nutricionais (especialmente de vitamina B₁₂ e ácido fólico) e doenças infecciosas, incluindo a AIDS e a meningite (Alzheimer's Association, 1998b; "Alzheimer's Disease, Part I", 1998; Selkoe, 1992).

Mal de Alzheimer

O mal de Alzheimer "ameaça tornar-se o principal problema de saúde do século XXI" (Alzheimer's Disease, Part I, 1998). A mais comum e mais temida forma irreversível de demência, priva as pessoas de sua inteligência, de sua consciência e até de sua estabilidade para controlar suas funções corporais - por fim, matando-as.

O mal era praticamente desconhecido há uma geração. Hoje estima-se que 4 milhões de pessoas nos Estados Unidos foram diagnosticadas com o MA, e podem haver até 14 milhões até o ano 2040, a menos que se encontre a cura ("Alzheimer's Disease, Part I," 1998; Small et al., 1997).

O principal motivo pelo qual mais casos são diagnosticados hoje do que no passado é que hoje muito mais pessoas alcançam a idade em que tendem a apresentar sinais da doença. O mal de Alzheimer geralmente começa depois dos 60, e o risco aumenta dramaticamente com a idade. As estimativas de prevalência variam de 6 a 10% nos adultos acima dos 65 anos, e de 30 a 50% nos de 85 anos ou mais. As mulheres, que



Indicador

Que transtornos mentais e comportamentais algumas pessoas mais velhas experimentam?

demência

Deterioração no funcionamento cognitivo e comportamental devido a causas fisiológicas.

mal de Alzheimer

Distúrbio cerebral degenerativo e progressivo caracterizado por deterioração irreversível da memória, da inteligência, da consciência e do controle das funções corporais, com o tempo, levando à morte.

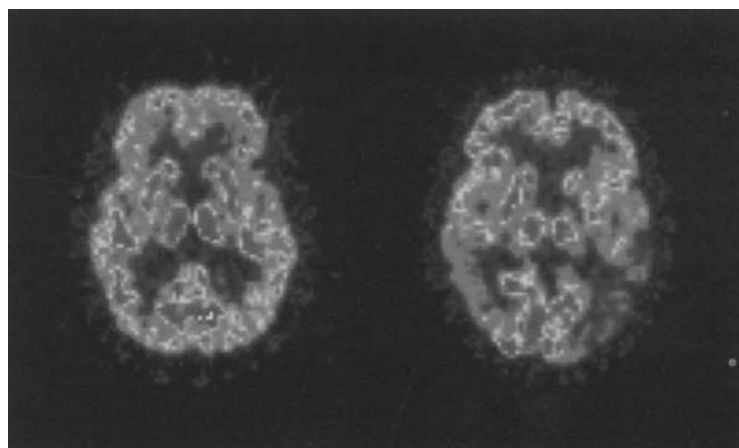
mal de Parkinson

Distúrbio neurológico degenerativo progressivo e irreversível, caracterizado por tremor, rigidez, retardamento dos movimentos e instabilidade na postura.

demência de infartos múltiplos

Demência irreversível causada por uma sequência de pequenos derrames.

Esta imagem tomográfica por emissão de pósitrons mostra a dramática deterioração no cérebro de um paciente com Alzheimer (direita) comparado com um cérebro normal (esquerda). As áreas  e  representam intensa atividade cerebral; as áreas  e as escuras, baixa atividade. O exame à direita indica redução tanto de função como de fluxo de sangue em ambos os lados do cérebro, alteração detectada com frequência no mal de Alzheimer. Para obter essas imagens tomográficas, um marcador radioativo é injetado no sangue para revelar a atividade metabólica no cérebro.



vivem mais do que os homens, apresentam maior risco (Hoyert e Rosenberg, 1999; Lau-ner et al., 1999; Small et al., 1997; Truschke, 1998). Calculou-se que um retardamento de 10 anos na média de idade de início da doença poderia significar uma redução de 75% no número de casos (Banner, 1992).

Sintomas e Diagnóstico Os primeiros sinais da doença costumam ser ignorados por-que são semelhantes à simples falta de memória ou podem ser interpretados como si-nais normais de envelhecimento. (A Tabela 17-4 compara os primeiros sinais do mal de Alzheimer com lapsos mentais normais.) Um dos primeiros sintomas mais evidentes é a incapacidade de recordar eventos recentes ou de assimilar novas informações. Uma pessoa pode repetir perguntas que acabaram de ser respondidas ou deixar inacabada uma tarefa diária. Outros sintomas se sucedem: irritabilidade, ansiedade, depressão e, posteriormente, delírios e perambulação. A memória de longo prazo, o juízo, a concen-tração, a orientação e a fala são comprometidas, e os pacientes têm problemas para rea-lizar as atividades da vida diária. As habilidades são perdidas mais ou menos na mes-ma ordem em que foram originalmente adquiridas; por fim, o paciente, como um bebê, não consegue compreender ou utilizar a linguagem, não reconhece os familiares, não consegue comer sem auxílio, não consegue controlar os intestinos e a bexiga e perde a capacidade de andar, de se sentar e de engolir alimentos sólidos. A morte costuma ocor-rer entre 8 e 10 anos, mas pode demorar até 20 anos, depois que os sintomas aparecem (Alzheimer's Disease, Part I," 1998; Hoyert e Rosenberg, 1999; Small et al., 1997).

Até o presente momento, o único diagnóstico preciso depende da análise de tec-i-do cerebral, que só pode ser feita com certeza por autópsia após a morte. O cérebro de uma pessoa com mal de Alzheimer apresenta quantidades excessivas de **emaranhados neurofibrilares**, massas retorcidas de fibras protéicas destruídas e grandes nacos cerosos de **placa amilóide**, tecido insolúvel constituído de uma proteína denominada *beta-amilóide* e cercado de fragmentos de neurônios mortos. Essas alterações provavelmente ocorrem em alguma medida em todos os cérebros em envelhecimento, mas são mais pronunciadas nas pessoas com MA (Alzheimer's Association, 1998a; "Alzheimer's Di-sease, Part I", 1998; Haroutunian et al., 1999).

Os médicos geralmente diagnosticam o mal de Alzheimer em uma pessoa viva atra-vés de testes físicos, neurológicos e de memória, assim como entrevistas detalhadas com pacientes e cuidadores ou familiares próximos. Os diagnósticos feitos desse modo podem ter aproximadamente 85% de precisão (Alzheimer's Association, 1998a; Alzheimer's Di-sease, Part I, 1998; Cullum e Rosenberg, 1998). Os pesquisadores estão sempre criando novos instrumentos de alta tecnologia para auxiliar o diagnóstico precoce ou prevenção: imagens de ressonância magnética que medem as mudanças no tamanho das estruturas cerebrais associadas à doença (Bobinski et al., 1999; Jack et al., 1998, 1999); exames cere-brais que podem indicar atrofia e taxas reduzidas do fluxo sanguíneo e do consumo de

emaranhados neurofibrilares

Massas retorcidas de fibras protéicas encontradas nos cérebros de pessoas com o mal de Alzheimer.

placa amilóide

Nacos cerosos de tecido insolúvel encontrados nos cérebros de pessoas com o mal de Alzheimer.

Tabela 17-4 Mal de Alzheimer versus Comportamento Normal

Comportamento Normal	Sintomas de Doença
Esquecer temporariamente de certas coisas	Esquecer permanentemente de eventos recentes; fazer as mesmas perguntas diversas vezes
Incapacidade de realizar algumas tarefas desafiadoras	incapacidade de realizar tarefas de rotina com muitas etapas, como preparar e servir uma refeição
Esquecer palavras incomuns ou complexas	Esquecer palavras simples
Perder-se em uma cidade desconhecida	Perder-se no próprio quarteirão de casa
Distrair-se momentaneamente e deixar de vigiar uma criança	Esquecer que uma criança está sob seus cuidados e sair de casa
Cometer erros nos cálculos do saldo bancário	Esquecer-se o que significam os números em um talão de cheques e o que se faz com eles
Guardar objetos cotidianos no lugar errado	Colocar as coisas em lugares inadequados onde não é fácil encontrá-los (por exemplo, um relógio de pulso em um aquário)
Alterações ocasionais de humor	Oscilações de humor rápidas e dramáticas e mudança de personalidade; perda de iniciativa

Fonte: Adaptado de Alzheimer's Association (sem data)

energia (Alzheimer's Disease, Part I, 1998); análise dos níveis de beta-amilóides no líquido cérebro-espinhal (Andreasen et al., 1999). Uma equipe de pesquisadores desenvolveu um teste neurocognitivo de triagem de sete minutos que pode fazer distinções iniciais confiáveis em pacientes que estão experimentando alterações cognitivas relacionadas ao envelhecimento normal e aqueles nos primeiros estágios de demência (Solomon et al., 1998). A precisão no diagnóstico é importante não apenas para pessoas com MA, mas também para as que sofrem de depressão ou demências reversíveis, às vezes erroneamente diagnosticadas como MA (Small et al., 1997).

Causas e Fatores de Risco Até o momento, as causas da maioria dos casos do mal de Alzheimer são incertas. A formação de placas e de emaranhados produz demência ou resultam dela? No primeiro caso, o que causa as placas e os emaranhados e por que se desenvolvem mais cedo e mais rápido em alguns cérebros do que em outros?

Um estudo de macacos adultos sugere algumas respostas. Essa pesquisa constatou que beta-amilóides efetivamente *causam* a morte de células cerebrais em macacos *Rhesus* envelhecidos, mas não em macacos mais jovens. É possível que um agente de proteção contra beta-amilóides, presente em jovens adultos, se dissipe ou torne-se inoperante com a idade (Geula et al., 1998).

Contudo, nem todas as pessoas com placas e emaranhados extensos apresentam sinais de demência. Um exame *post-mortem* de 102 freiras idosas constatou que as que haviam apresentado pior funcionamento cognitivo e demência antes de morrer eram aquelas cujos cérebros apresentavam evidência de derrames além de placas e emaranhados. Por conseguinte, os derrames podem contribuir para a presença e a gravidade dos sintomas de MA (Snowdon et al., 1996, 1997).

O mal de Alzheimer é fortemente herdável. Praticamente todos os acometidos pela doença possuem história da doença. Pelo menos quatro alelos que aumentam a produção ou reduzem a eliminação de beta-amilóide foram relacionados com o MA (Alzheimer's Disease, Part II, 1998).

Uma forma da doença de manifestação precoce, que aparece na meia-idade, está relacionada com mutações genéticas dominantes nos cromossomos 1, 14 e 21 (Corliss, 1996; Karlinsky, Lennox e Rossor, 1994; Post et al., 1997; Schellenberg et al., 1992; Small et al., 1997; St. George-Hyslop et al., 1987). *ApoE-4*, uma variante de um gene do cromossomo 19, é um importante fator de risco para a forma mais tardia da doença, mais comum, que se manifesta após os 65 anos (Bondi, Salmon, Galasko, Thomas e Thal, 1999; Corder et al., 1993; Farrer et al., 1997; Lennox et al., 1994; Reiman et al., 1996; Roses, 1994; Small et al., 1997). Afro-americanos e hispano-americanos possuem um risco mais alto de MA do que brancos, qualquer que seja seu genótipo ApoE, sugerindo que outros genes ou fatores de risco podem estar envolvidos (Tang et al., 1998). Ainda que exames genéticos para as três mutações cromossômicas dominantes mencionadas sejam bastante preditivos da relativamente rara forma de manifestação precoce da doença, a presença do gene ApoE-4 sozinha não é suficiente para predizer ou para diagnosticar o MA de manifestação tardia (Post et al., 1997), mesmo podendo ser útil em combinação com evidências clínicas dos sintomas (Mayeux et al., 1998).

Fatores de estilo de vida podem contribuir para o MA. A educação diminui significativamente o risco (Alzheimer's Disease, Part II, 1998; Launer et al., 1999; Small et al., 1997), e fumar aumenta-o grandemente (Launer et al., 1999; Ott et al., 1998).

Tratamento e Prevenção Tacrine (vendido sob o nome de Cognex) e donepezil (Ari-cept) são medicações específicas para o alívio do mal de Alzheimer que podem ser prescritas nos primeiros estágios. Elas podem controlar sintomas, mas não detêm o processo subjacente de deterioração. Ainda que alguns pacientes respondam bem, outros apresentam pouco efeito; eventuais melhoras perdem-se quando o uso é suspenso (Alzheimer's Disease, Part II, 1998; Small et al., 1997).

Tratamentos comportamentais podem retardar a deterioração nas habilidades, melhorar a comunicação e reduzir o comportamento perturbador. À medida que os pacientes regridem nas habilidades básicas da vida cotidiana, um treinamento ligado a seu atual nível de desenvolvimento pode retardar perdas adicionais (Barinaga, 1998).

Os medicamentos podem diminuir a agitação dos pacientes, aliviar a depressão e ajudá-los a dormir. A correta alimentação e a ingestão de líquidos, aliada a exercícios, à fisioterapia e à interação social, pode ser útil. Nos primeiros estágios, o treinamento da memória e os dispositivos mnemônicos podem melhorar o funcionamento cognitivo (Camp et al., 1993; Camp e McKittrick, 1992; McKittrick, Camp e Black, 1992). Em estudos

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Citar três das principais causas de demência em adultos mais velhos?
- ✓ Resumir o que se conhece sobre a prevalência, os sintomas, o diagnóstico, as causas, os fatores de risco, o tratamento e a prevenção do mal de Alzheimer?

em andamento, a terapia de reposição estrogênica, medicamentos antiinflamatórios, o fitoterápico ginkgo biloba e antioxidantes, como a vitamina E, mostraram-se promissores na proteção contra o mal de Alzheimer ou ao menos para retardar um pouco seu avanço ("Alzheimer's Disease, Part II, 1998; Baldereschi et al., 1998; LeBars et al., 1997; Marx, 1996; Small et al., 1997; Stewart, Kawas, Corrada e Metter, 1997; Tang et al., 1996).

A descoberta de uma enzima cerebral possivelmente responsável pela formação da placa amilóide pode futuramente permitir que os pesquisadores desenvolvam um medicamento para bloquear a ação da enzima e para prevenir ou retardar a doença (Vassar et al., 1999). Também promissora é uma possível vacina, a qual permitiu que camundongos jovens crescessem sem desenvolver placas. Em camundongos enfermos, o tratamento destruiu as placas, amenizou danos neurológicos e reduziu a inflamação (Novak, 1999).

Condições Reversíveis

Muitas pessoas mais velhas e suas famílias erroneamente acreditam que não podem fazer nada em relação a problemas mentais e comportamentais, ainda que quase 100% dessas condições, incluindo cerca de 10% de casos de demência, podem ser curados ou amenizados. Às vezes, uma aparente demência revela-se um efeito colateral de intoxicação medicamentosa. Uma vez que os médicos nem sempre perguntam que outros remédios um paciente está tomando, eles podem prescrever drogas que interagem prejudicialmente. Além disso, devido a mudanças relacionadas com a idade no metabolismo corporal, uma dosagem que seria correta para uma pessoa de 40 anos pode ser uma overdose para outra de 80 anos.

Além de intoxicação medicamentosa, outras condições reversíveis comuns incluem delírio, transtornos metabólicos ou infecciosos, subnutrição, anemia, alcoolismo, baixo funcionamento da tireóide, ferimentos leves na cabeça e depressão (NIA, 1980, 1993; Wykle e Musil, 1993). Vamos examinar o uso de álcool e a depressão.

Álcool e Envelhecimento Pesquisas sugerem que adultos mais velhos bebem menos e são menos propensos a abusar de álcool do que adultos mais jovens (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 1998). Como em outras faixas etárias, homens de idade são mais propensos a beber regularmente do que mulheres de idade, mas as mulheres que bebem regularmente tendem a beber em demasia tanto quanto os homens (Wattis e Seymour, 1994).

Além dos danos que o álcool pode causar em qualquer idade (ver Capítulo 13), ele é especialmente perigoso para adultos mais velhos. A sensibilidade ao álcool e a suscetibilidade à intoxicação parecem aumentar com a idade; assim, pessoas de mais idade podem ser incapazes de tolerar a quantidade de bebida que costumavam consumir. O álcool pode ter interações danosas com as medicações. Ele aumenta os riscos de depressão e de suicídio, além de aumentar o risco de colisão para motoristas mais velhos. O uso intenso de álcool pode acelerar os efeitos normais do envelhecimento e causar perda prematura ou redução do tecido cerebral. Alterações no cerebelo relacionadas com o álcool podem contribuir para instabilidade no equilíbrio. O álcool também pode aumentar o risco de quedas e de fraturas nos quadris, diminuindo a densidade óssea (NIAAA, 1998). Adultos mais velhos com problemas com álcool respondem ao tratamento ao menos tão bem quanto adultos mais jovens, especialmente se o consumo problemático começou em idade avançada (Atkinson, Ganzini e Bernstein, 1992; Horton e Fogelman, 1991; Lichtenberg, 1994; NIAAA, 1998).

Depressão A grave síndrome clínica denominada **transtorno depressivo maior** é extrema e persistente e pode prejudicar significativamente a capacidade de funcionamento (APA, 1994; American Association for Geriatric Psychiatry [AAGP], 1996; National Institute of Mental Health [NIMH], 1999b). Formas menos graves de depressão são mais passageiras ou brandas, mas podem levar à depressão maior. Sabe-se que quase 2 milhões de americanos mais velhos - cerca de 6% - sofrem de algum tipo de depressão. Contrário à crença popular, a depressão é diagnosticada com menos frequência em idade avançada, ainda que os *sintomas* de depressão sejam *mais* comuns entre adultos mais velhos do que entre adultos mais jovens. Muitas pessoas de mais idade sofrem de dores ou de doenças crônicas; perderam a família e os amigos íntimos; tomam remédios que alteram o humor; sentem que possuem pouco ou nenhum controle sobre suas vidas. Todas essas condições podem desencadear depressão (AAGP, 1996; Blazer, 1989; Jefferson e Greist, 1993; Wolfe, Morrow e Fredrickson, 1996).

transtorno depressivo maior
Transtorno mental que dura pelo menos duas semanas, no qual uma pessoa mostra profunda tristeza, perda do prazer e do interesse pela vida e outros sintomas, como alterações de peso, insônia, sentimentos de inutilidade ou de culpa injustificada, perda de memória, incapacidade de se concentrar e pensamentos de morte ou suicídio.

Por que a depressão é subdiagnosticada em adultos mais velhos? Ela pode ser confundida com demência ou pode ser erroneamente vista como um acompanhante natural do envelhecimento (AAGP, 1996; Alzheimer's Disease, Part I, 1998; George, 1993; Jefferson e Greist, 1993). Ela pode ser mascarada por doença física. Ou pessoas mais velhas podem simplesmente ser menos propensas a *dizer* que estão deprimidas - talvez devido à crença de que a depressão é um sinal de fraqueza ou que ela irá desaparecer sozinha (Gallo, Anthony e Muthen, 1994; Wolfe et al., 1996). Uma indicação de que a depressão costuma ser ignorada em pessoas mais velhas é a alta prevalência de suicídio nessa faixa etária (NIMH, 1999b; ver Capítulo 19).

A depressão que não é adequadamente diagnosticada e tratada pode agravar-se. Às vezes, a depressão pode indicar um derrame "silencioso" causado pelo bloqueio ou pela ruptura de pequenos vasos sanguíneos no cérebro (Steffens, Helms, Krishnan e Burke, 1999). Uma vez que a depressão pode acelerar os declínios físicos do envelhecimento, o preciso diagnóstico, a prevenção e o tratamento poderia ajudar muitas pessoas de mais idade a viver por mais tempo e a se manterem mais ativas (Penninx et al., 1998).

A vulnerabilidade à depressão parece resultar da influência de múltiplos genes que interagem com fatores ambientais (NIMH, 1999b), como a falta de exercício. Eventos estressantes, solidão ou utilização de certas medicações podem desencadeá-la (Jefferson e Greist, 1993; "Listening to Depression", 1995). As imagens cerebrais de pacientes deprimidos revelam um desequilíbrio químico dos neurotransmissores essenciais e um mau funcionamento dos circuitos neurais que regulam o humor, o pensamento, o sono, o apetite e o comportamento (NIMH, 1999b).

Uma forte rede de familiares e de amigos pode ajudar as pessoas mais velhas a evitar ou a enfrentar a depressão. A psicoterapia cognitivo-comportamental e a terapia interpessoal têm obtido bons resultados. Medicamentos antidepressivos podem restituir o equilíbrio químico no cérebro; *inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS)*, tais como o Prozac, possuem menos efeitos colaterais do que drogas mais antigas. Mais de 80% das pessoas com depressão melhoram quando recebem tratamento adequado com medicação, psicoterapia ou ambos; o tratamento de combinação também pode reduzir a recorrência (NIMH, 1999b). A terapia eletroconvulsiva (TEC), também chamada de terapia de choque, pode ser administrada em casos graves.

Sintomas de depressão são comuns em pessoas mais velhas, mas, muitas vezes, são ignorados porque são erroneamente considerados como um acompanhante natural do envelhecimento. Algumas pessoas mais velhas deprimem-se como resultado de perdas físicas e emocionais, e alguns aparentes "distúrbios cerebrais", na verdade, devem-se à depressão. Mas a depressão pode ser abrandada se as pessoas mais velhas procurarem ajuda.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar por que o uso de álcool é especialmente perigoso para pessoas mais velhas?
- ✓ Explicar por que a depressão em idade avançada pode ser mais comum do que geralmente se percebe?



Desenvolvimento Cognitivo

Aspectos do Desenvolvimento Cognitivo

A idade avançada "dá assim como tira", disse o poeta William Carlos Williams em um dos três livros de poesia escritos entre seu primeiro derrame aos 68 anos e sua morte aos 79. Esse comentário parece resumir as atuais descobertas sobre o funcionamento cognitivo na idade adulta avançada. Como sugere a abordagem de desenvolvimento do ciclo de vida de Baltes, a idade traz ganhos assim como perdas. Primeiramente examinemos a inteligência e as capacidades de processamento, depois a memória, seguida da sabedoria, que é popularmente associada com a idade avançada. Depois examinaremos a educação na terceira idade.



Indicador

8.

Que ganhos e perdas nas capacidades cognitivas tendem a ocorrer na terceira idade? Existem modos de melhorar o desempenho cognitivo das pessoas mais velhas?

Inteligência e Capacidades de Processamento

A inteligência diminui na terceira idade? A resposta depende das habilidades e de como estão sendo avaliadas. O desempenho cognitivo é irregular durante a idade adulta; capacidades diferentes atingem o auge em idades diferentes. Embora algumas capacidades possam declinar nos anos de velhice, outras permanecem estáveis ou até se aperfeiçoam durante a maior parte da vida adulta. Ainda que as alterações nas capacidades de processamento possam refletir deterioração neurológica, existe grande variação individual, sugerindo que os declínios no funcionamento não são inevitáveis e que podem ser prevenidos.

Medir a Inteligência de Pessoas Mais Velhas

Medir a inteligência de pessoas mais velhas é complicado. Diversos fatores físicos e psicológicos podem diminuir seus resultados nos testes e levar à subestimação de sua inteligência. Pessoas em idade avançada, como pessoas mais jovens, obtêm melhores resultados nos testes quando estão fisicamente aptas e descansadas. Problemas neurofisiológicos, hipertensão e outros problemas cardiovasculares, que podem afetar o fluxo sanguíneo para o cérebro, podem prejudicar o desempenho cognitivo (Sands e Meredith, 1992; Schaie, 1990). Dificuldades de visão e de audição podem causar problemas na compreensão das instruções dos testes. Os limites de tempo da maioria dos testes de inteligência são particularmente difíceis para pessoas de mais idade. Uma vez que os processos físicos e psicológicos, incluindo as capacidades perceptuais, tendem a se retardar com a idade, pessoas mais velhas saem-se melhor quando dispõem de todo o tempo de que necessitam (Hertzog, 1989; Schaie e Hertzog, 1983).

A ansiedade ante testes é comum entre pessoas mais velhas. Elas podem temer maus resultados, e isso pode tornar-se uma profecia autodeterminada (Schaie, 1996b). Elas podem carecer de interesse e de motivação a menos que estejam se submetendo ao teste para obter um emprego ou para alguma outra finalidade importante.

Para medir a inteligência de pessoas mais velhas, os pesquisadores costumam utilizar a **Escala Wechsler de Inteligência Adulta (EWIA)**. Como os testes Wechsler para crianças, a EWIA é dividida em várias partes que produzem pontuações separadas. Essas pontuações combinam-se em um QI verbal e um QI de desempenho e, por fim, um QI total. As questões não são graduadas por idade.

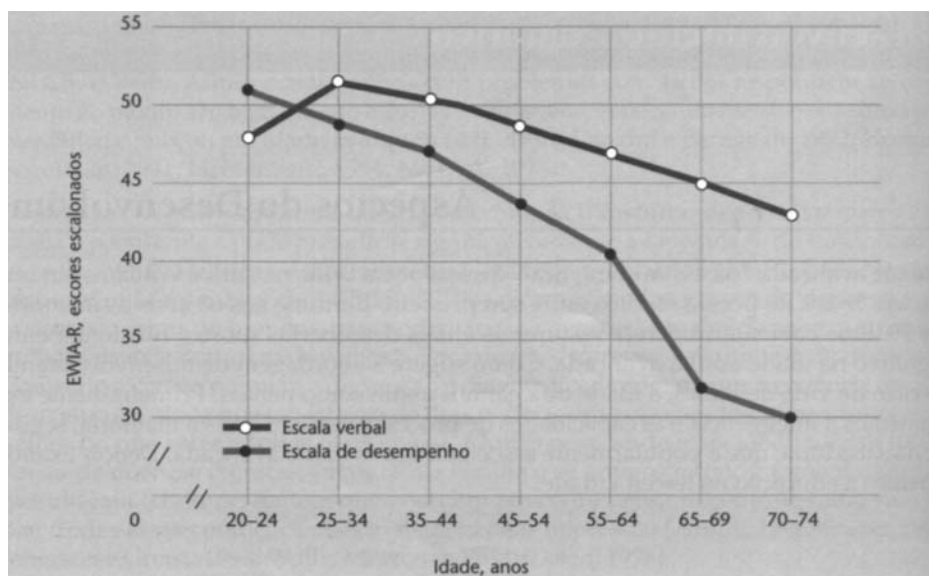
Pessoas mais velhas, como grupo, não têm desempenho tão bom quanto adultos mais jovens no EWIA, mas a diferença é basicamente no desempenho não-verbal. Nos primeiros subtestes da escala de desempenho (como identificar a parte que está faltando em uma figura, copiar um desenho e achar a saída de um labirinto, as pontuações diminuem com a idade, mas nos seis testes que formam a escala verbal - principalmente nos testes de vocabulário, de informação e de compreensão - os resultados diminuem apenas ligeiramente e muito gradualmente (ver Figura 17-6). Isso é denominado *padrão clássico de envelhecimento* (Botwinick, 1984).

Escala Wechsler de Inteligência Adulta (EWIA)
Teste de inteligência para adultos, que gera escores verbais e de desempenho, assim como um escore combinado.

Figura 17-6

Padrão clássico de envelhecimento na versão revista da Escala Wechsler de Inteligência Adulta (EWIA-R). Os escores nos subtestes de desempenho diminuem muito mais rapidamente com a idade do que os escores nos subtestes verbais.

(Fonte: Botwinick, 1984.)



O que pode explicar esse padrão? Em primeiro lugar, os itens verbais que se mantêm com a idade baseiam-se em conhecimento; diferentemente dos testes de desempenho, eles não requerem que a pessoa testada imagine ou faça algo novo. As tarefas de desempenho, que envolvem o processamento de novas informações, exigem rapidez perceptual e habilidades motoras, as quais podem refletir retardamento muscular e neurológico.

Outra linha de pesquisa, introduzida no Capítulo 15, também fez uma distinção semelhante entre dois tipos de capacidades, *fluida* e *cristalizada*, a primeira dependendo principalmente da condição neurológica e a segunda do conhecimento acumulado. Como no clássico padrão de envelhecimento na EWIA, esses dois tipos de inteligência seguem padrões diferentes. No padrão clássico, contudo, a tendência em pontuação verbal e de desempenho é descendente durante a maior parte da idade adulta; a diferença, ainda que substancial, é de grau. Muito mais encorajador é o padrão de inteligência cristalizada, que se aperfeiçoa até idade bem avançada, ainda que a inteligência fluida diminua mais cedo (ver Figura 17-7).

Em consonância com esses achados, Baltes e colaboradores propuseram um **modelo de processo dual**, que identifica e procura medir aspectos da inteligência que podem continuar se desenvolvendo, assim como aspectos que tendem a se deteriorar. Nesse modelo, a **mecânica da inteligência** consiste das funções de processamento de informações e de resolução de problemas, livres de conteúdo. Essa dimensão, como a inteligência fluida, tem base fisiológica e costuma declinar com a idade. A **pragmática da inteligência** inclui áreas potenciais de crescimento, como o pensamento prático, a aplicação de conhecimento e de habilidades acumuladas, conhecimento especializado, produtividade profissional e sabedoria (discutida posteriormente neste capítulo). Esse domínio, que costuma continuar se desenvolvendo até a velhice, é semelhante; porém, é mais amplo do que a inteligência cristalizada e inclui informações e *know-how* obtidos a partir da educação, do trabalho e da experiência de vida. Através da **otimização seletiva com compensação**, as pessoas de mais idade podem utilizar suas virtudes pragmáticas para compensar o declínio em suas capacidades mecânicas (Baltes, 1993; Baltes, Lindenberger e Staudinger, 1998; Marsiske, Lange, Baltes e Baltes, 1995).

Mudanças nas Capacidades de Processamento

O que ocorre exatamente na "mecânica" da inteligência na velhice? Como o envelhecimento afeta os mecanismos da mente?

Acredita-se amplamente que um retardamento geral no funcionamento do sistema nervoso, conforme medição pelo tempo de reação, contribui de maneira importante para as mudanças nas capacidades cognitivas e na eficiência de processamento de informações. Isso pode piorar o desempenho em testes de inteligência, especialmente em testes com tempo controlado, e pode interferir nas capacidades de aprender e de lembrar (Birren, Woods e Williams, 1980; Salthouse, 1985; Spence, 1989). O processamento mais lento de informações pode fazer com que pessoas mais velhas peçam aos outros para

modelo de processo dual

Modelo de funcionamento cognitivo na terceira idade, proposto por Baltes, que identifica e procura medir duas dimensões da inteligência: a mecânica e a pragmática.

mecânica da inteligência

No modelo de processo dual de Baltes, as capacidades de processar informações e de resolver problemas, independentemente de conteúdo; área de cognição na qual costuma haver um declínio relacionado com a idade. Compare com *pragmática da inteligência*.

pragmática da inteligência

No modelo de processo dual de Baltes, a dimensão da inteligência que tende a crescer com a idade e que inclui pensamento prático, aplicação de conhecimento e habilidades técnicas, conhecimento especializado, produtividade profissional e sabedoria. Compare com *mecânica da inteligência*.

otimização seletiva com compensação

No modelo de processo dual de Baltes, estratégia para manter ou para estimular o funcionamento cognitivo geral usando habilidades mais desenvolvidas para compensar aquelas que se enfraqueceram.

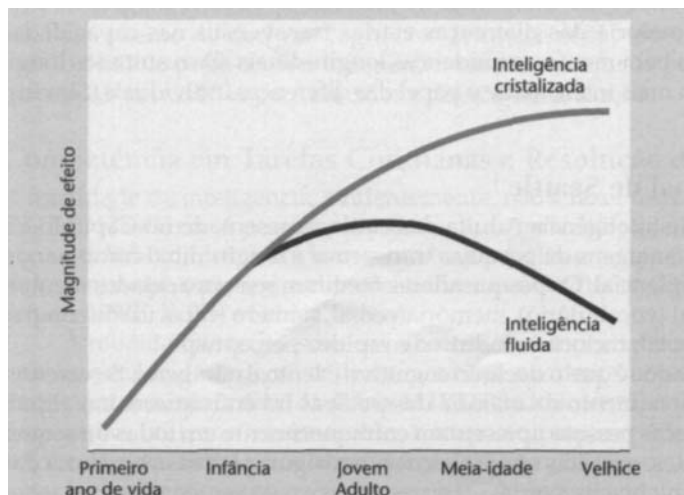


Figura 17-7

Mudanças na inteligência fluida e na inteligência durante o ciclo de vida. Segundo estudos clássicos de Horn e Cattell, as capacidades fluidas (determinadas sobretudo biologicamente) declinam após a idade adulta inicial, mas as capacidades cristalizadas (determinadas sobretudo culturalmente) aumentam até a terceira idade. Mais recentemente, o Estudo Longitudinal de Seattle constatou um padrão mais complexo, com algumas habilidades fluidas mantendo-se intactas até a meia-idade avançada (ver Figura 15-2 no Capítulo 15).

(Fonte: J. L. Horn e Donaldson, 1980.)

repetir informações que foram apresentadas com excessiva rapidez ou sem suficiente clareza. Quanto mais complexa uma tarefa, mais evidente esse retardamento parece tornar-se (Birren et al., 1980), pelo menos em relação ao funcionamento não-verbal.

A concepção predominante tem sido a de que todos os componentes do processamento diminuem na mesma medida. Hoje, os cientistas podem testar essa concepção diretamente, observando as complexas etapas no processamento de estímulo-resposta que integram o tempo de reação. *Potenciais relacionados ao evento (PREs)* são alterações na direção da atividade elétrica cerebral que podem ser medidas com eletrodos afixados ao couro cabeludo (Ridderinkhof e Bashore, 1995). Em um estudo, os pesquisadores mediram PREs em adultos mais jovens e mais velhos em três versões de uma tarefa de tempo de reação. Os participantes deveriam apertar um botão quando identificassem uma determinada palavra em meio a uma massa confusa de caracteres. As pessoas mais velhas foram mais lentas somente na etapa final do processamento, de pressionar o botão -, talvez porque, em sua idade, o tempo que se leva para identificar um estímulo e selecionar uma resposta possa se sobrepor. Além disso, os padrões de resposta divergiam com variações nas condições da tarefa. Essas descobertas sugerem que o retardamento do cérebro *não* é geral, mas restringe-se a determinadas tarefas e operações (Bashore, Ridderinkhof e van der Molen, 1998).

Uma capacidade que parece sofrer retardamento com a idade e está ligada a medidas de funcionamento cognitivo é a facilidade para mudar de uma tarefa ou função para outra (Salthouse, Fristoe, McGuthry e Hambrick, 1998). Isso pode ajudar a explicar, por exemplo, por que pessoas mais velhas tendem a ter dificuldades para dirigir um automóvel, o que requer mudar rapidamente de uma habilidade para outra, como cuidar dos outros veículos e pedestres, ler sinais e ignorar informações irrelevantes, além das habilidades específicas necessárias para operar o veículo.

Embora as perdas na velocidade de processamento estejam relacionadas com o desempenho cognitivo, elas não explicam tudo. Capacidades cognitivas específicas, como raciocínio, habilidades espaciais e memória, não parecem regredir tão rapidamente quanto a velocidade de processamento (Verhaeghen e Salthouse, 1997). Além disso, as evidências para o papel da velocidade de processamento no desempenho cognitivo - como as evidências do próprio declínio cognitivo - são oriundas quase que integralmente de estudos transversais, os quais podem confundir coorte com idade. Pessoas mais jovens podem ter se saído melhor do que pessoas mais velhas porque eram mais saudáveis e mais bem nutridas, tinham melhor nível de instrução, tinham adquirido mais informações através da televisão, tinham empregos que dependiam de trabalho mental mais do que físico e tinham mais experiência - e experiência mais recente - com submissão a testes. Estudos longitudinais não comprovam os acentuados declínios relatados em estudos transversais. Entretanto, essa modalidade de pesquisa pode favorecer uma amostra mais velha devido a perdas e efeitos práticos. As pessoas que obtêm maus resultados são mais propensas a se retirar de um estudo, e as que permanecem beneficiam-se por já terem se submetido ao teste antes.

Um estudo mediu as relações entre idade, rapidez e cognição longitudinal e transversalmente entre 302 adultos com uma média de idade de 77 anos. A rapidez de processamento explicava a maioria das diferenças etárias transversais nas capacidades cognitivas, mas explicava bem menos as mudanças longitudinais. Os resultados longitudinais salientavam com mais intensidade o papel das diferenças individuais (Sliwinski e Buschke, 1999).

O Estudo Longitudinal de Seattle

O Estudo Longitudinal de Inteligência Adulta de Seattle, apresentado no Capítulo 15, procurou superar as desvantagens da pesquisa transversal e longitudinal combinando ambas em um modelo seqüencial. Os pesquisadores mediram seis capacidades mentais básicas: significado verbal (vocabulário), memória verbal, número (capacidade computacional), orientação espacial, raciocínio indutivo e rapidez perceptual.

Um achado encorajador é que o declínio cognitivo é lento e não-geral. Se viverem tempo suficiente, o funcionamento da maioria das pessoas irá enfraquecer em algum momento, mas muito poucas pessoas apresentam enfraquecimento em todas ou sequer na maioria das capacidades, e muitas se aperfeiçoam em algumas áreas. A maioria das pessoas mais velhas razoavelmente saudáveis apresenta apenas pequenas perdas até os

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar os diversos motivos pelos quais a inteligência das pessoas mais velhas tende a ser subestimada?
- ✓ Comparar o clássico padrão de envelhecimento no EWIA com as trajetórias da inteligência fluida e cristalizada?
- ✓ Discutir as descobertas sobre o retardamento no processamento neural e sua relação com o declínio cognitivo?

70 anos. Somente depois dos 80 anos elas apresentam desempenho abaixo da média de adultos mais jovens (Schaie, 1996b).

Como poderíamos prever, houve diferenças substanciais entre os achados transversais e longitudinais, em grande parte devido a efeitos de coorte. Diferenças de coorte têm diminuído em anos recentes, sugerindo que no futuro poderemos presenciar declínios menos significativos na velhice (Schaie, 1996b).

A característica mais impressionante dos achados de Seattle é a tremenda variação entre os indivíduos. Alguns participantes apresentaram declínios durante os 30 ou 40 anos, mas alguns mantiveram pleno funcionamento em idade muito avançada. Mesmo no final dos 80 anos, praticamente todos mantiveram sua competência em uma ou mais das capacidades testadas (Schaie, 1996b). Algumas pessoas permaneceram relativamente fortes em uma área, enquanto outro grupo, em outra.

O que explica essas diferenças? A herança genética, sem dúvida, contribui, da mesma forma que a condição física e a neurológica e as oportunidades ambientais. Pessoas com pontuações mais altas tendiam a ser mais saudáveis e a ter melhor nível de instrução e renda mais alta. Também tinham maior probabilidade de terem casamentos estáveis, cônjuges inteligentes, ocupações cognitivamente complexas e vida ativa e estimulante. Quando testadas na meia-idade, tendiam a ter estilos de personalidade flexível e a ser relativamente satisfeitas com suas realizações (Gruber-Baldini, 1991; Schaie, 1990, 1994, 1996b; Schaie e Willis, 1996).

Esses achados deram origem à **hipótese do engajamento**. Segundo essa hipótese - um pouco semelhante ao conceito de complexidade substantiva do trabalho, de Kohn, discutida no Capítulo 13 - as pessoas que demonstram elevada capacidade intelectual cedo na vida e que recebem oportunidades educacionais e ambientais favoráveis tendem, quando adultas, a ter um estilo de vida "engajado", marcado por atividades profissionais e sociais complexas e altamente exigentes. O envolvimento em atividades que põem à prova as habilidades cognitivas, por sua vez, promove a retenção ou o crescimento dessas habilidades posteriormente na vida (Schaie, 1983).

Diversos estudos longitudinais fornecem ao menos suporte parcial para essa hipótese de "usar ou perder". Um estudo de 45 anos com 132 veteranos canadenses da Segunda Guerra Mundial (Arbuckle, Maag, Pushkar e Chaikelson, 1998; Gold et al., 1995) constataram considerável estabilidade nas diferenças individuais de inteligência da idade adulta inicial até o final da meia-idade e da velhice. Os participantes com maior inteligência, nível de instrução e condição socioeconômica na infância tendiam a ter estilos de vida mais engajados, medido pela SES, envolvimento intelectual e um senso de controle sobre sua vida. O alto engajamento, por sua vez, predizia melhor manutenção da inteligência verbal (mas não da inteligência não-verbal).

Outro estudo, em que os pesquisadores testaram 250 pessoas de meia-idade e mais velhas três vezes durante um período de seis anos, oferece apoio limitado à hipótese do engajamento (Hultsch, Hertzog, Small e Dixon, 1999). Atividades intelectualmente envolventes - mas não atividades sociais ou físicas - estavam relacionadas com mudança cognitiva, sugerindo que essas atividades podem atuar como proteção contra o declínio cognitivo. Por outro lado, as descobertas poderiam apoiar uma hipótese alternativa: que indivíduos altamente capazes levam vidas intelectualmente ativas até o estabelecimento do declínio cognitivo" (Hultsch et al., 1999, p. 245). Em outras palavras, o declínio pode ocorrer independentemente do que as pessoas fazem. Outras pesquisas são necessárias para elucidar a direção de causalidade.

Competência em Tarefas Cotidianas e Resolução de Problemas

A finalidade da inteligência, evidentemente, não é fazer testes, mas lidar com os desafios da vida diária. A pesquisa constatou uma forte relação entre a inteligência fluida e algumas habilidades práticas que tendem a declinar com a idade, como a capacidade de ler um mapa ou um jornal ou de realizar tarefas diárias (Diehl, Willis e Schaie, 1994; Schaie, 1996a; Willis e Schaie, 1986a).

A medida que as pessoas envelhecem, um importante teste de competência cognitiva é a capacidade de viver de maneira independente, como medido pelas sete **atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)**: administrar as finanças, fazer as compras necessárias, utilizar o telefone, obter transporte, preparar refeições, tomar medicação e cuidar da casa. Schaie e colaboradores deram a pessoas mais velhas tarefas em cada uma dessas áreas: por exemplo, preencher um formulário do Medicare; preencher um

hipótese do engajamento

Proposta de que um estilo de vida ativo, engajado, que desafie as habilidades cognitivas prediz a retenção ou o crescimento dessas habilidades posteriormente na vida.

atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)

Atividades cotidianas, competência nas quais se considera uma medida da capacidade de viver de maneira independente; essas atividades incluem administrar as finanças, fazer compras, utilizar o telefone, obter transporte, preparar refeições, tomar medicação e cuidar da casa.

formulário postal; verificar o número de um telefone de emergência; decifrar os horários dos ônibus; ler um rótulo informativo em uma embalagem de alimentos; ler um rótulo de um vidro de remédio; ler instruções para utilizar um utensílio doméstico. A inteligência fluida e, em menor grau, a inteligência cristalizada eram responsáveis por mais da metade da variância no desempenho. Observações domésticas produziram correlações semelhantes. A saúde e a experiência educacional afetaram os resultados através de seus efeitos sobre a capacidade cognitiva. Como assinalamos anteriormente, essa relação pode ser bidirecional. Não apenas a má saúde e o baixo nível de instrução podem limitar a cognição, mas também as pessoas com capacidade cognitiva superior tendem a receber educação de qualidade e a cuidar de sua saúde (Schaie e Willis, 1996).

Embora as capacidades instrumentais, que dependem muito das habilidades de processamento de informações, geralmente declinem com a idade, isso não se aplica necessariamente à capacidade de resolver problemas interpessoais, os quais tendem a ter fortes conotações emocionais e soluções que são menos previsíveis. A eficácia das respostas de adultos mais velhos para esses problemas costuma depender do quão significativo é o problema para eles (Blanchard-Fields, Chen e Norris, 1997).

O modo como pessoas mais velhas, assim como pessoas em qualquer idade, lidam com um problema depende do tipo de problema em questão. Em um estudo, quando confrontadas com problemas de consumo ou de administração doméstica, para os quais poderiam utilizar bastante sua experiência acumulada, pessoas mais velhas tendiam a utilizar análise cognitiva da situação e dirigir a ação, enquanto adolescentes e adultos mais jovens tendiam a evitar ou a negar o problema ou a depender dos outros para resolvê-lo. Quando um problema envolvia uma situação emocionalmente carregada, como, por exemplo, conflito com os amigos, pessoas mais velhas tendiam a recorrer a um repertório mais amplo de estratégias do que pessoas mais jovens, incluindo tanto ação como retirada (Blanchard-Fields et al., 1997).

É Possível que Pessoas mais Velhas Aperfeiçoem seu Desempenho Cognitivo?

Uma questão fundamental que divide os psicólogos com uma visão relativamente otimista do desenvolvimento cognitivo na terceira idade daqueles que possuem uma visão menos positiva é a *plasticidade*: o desempenho cognitivo pode ser aperfeiçoado com o treinamento e a prática?

A plasticidade é uma característica central da abordagem de desenvolvimento do ciclo de vida de Baltes, e ele e colaboradores têm estado na vanguarda da pesquisa sobre os efeitos do treinamento. Vários desses estudos basearam-se no Projeto de Desenvolvimento e Enriquecimento Adulto (PDEA), criado na Universidade Estadual da Pennsylvania (Baltes e Willis, 1982; Blieszner, Willis e Baltes, 1981; Plemons, Willis e Baltes, 1978; Willis, Blieszner e Baltes, 1981). Um acompanhamento de sete anos do PDEA constatou que os participantes que receberam treinamento tiveram declínio significativamente menor do que um grupo-controle (Willis, 1990; Willis e Nesselroade, 1990). Em um estudo, pessoas com idade média de 70 anos que receberam treinamento em relações figurais (regras para determinar a figura seguinte em uma série), uma medida de inteligência fluida, melhoraram mais do que um grupo-controle que não recebeu treinamento. Um terceiro grupo, que trabalhou com os mesmos materiais de treinamento e com problemas sem instrução formal, também se saiu melhor do que um grupo-controle, e um mês depois esse grupo autodidata manteve melhor seus ganhos (Blackburn, Papalia-Finlay, Foye e Serlin, 1988). Ao que parece, a oportunidade de elaborar suas próprias soluções promoveu um aprendizado mais duradouro.

No treinamento ligado ao Estudo Longitudinal de Seattle (Schaie, 1990, 1994, 1996b; Schaie e Willis, 1986; Willis e Schaie, 1986b), pessoas mais velhas que já haviam apresentado declínios na inteligência desenvolveram-se significativamente em duas capacidades fluidas: orientação espacial e, especialmente, raciocínio indutivo. Na verdade, cerca de 40% dos participantes voltaram a ter os níveis de proficiência que tinham apresentado 14 anos antes. Os ganhos medidos em laboratório demonstraram correlações substanciais com medidas objetivas do funcionamento cotidiano (Schaie, 1994; Willis, Jay, Diehl e Marsiske, 1992).



Os jovens não são os únicos que estão aprendendo a utilizar computadores na atualidade. Muitas pessoas mais velhas estão aderindo à era do computador e aprendendo novas habilidades úteis. Pesquisas demonstram que as pessoas mais velhas podem expandir seus desempenho cognitivo com treinamento e prática.

Tanto no estudo do PDEA quanto no de Seattle, participantes treinados mantiveram vantagem sobre um grupo-controle não-treinado, mesmo depois de sete anos (Schaie, 1994, 1996a, 1996b). Estudos longitudinais sugerem que o treinamento pode permitir que pessoas mais velhas não apenas recuperem a competência perdida, como também até superem seus resultados anteriores (Schaie e Willis, 1996). (Na seção a seguir, discutimos os resultados do treinamento da memória.)

Portanto, a deterioração cognitiva pode, com frequência, estar relacionada com a falta de uso (Schaie, 1994, 1996b). Assim como muitos atletas envelhecidos podem recorrer a reservas físicas, pessoas mais velhas que recebem treinamento, prática e apoio social parecem ser capazes de utilizar reservas mentais. Os adultos podem ser capazes de manter ou de expandir essa capacidade de reserva e de evitar declínio cognitivo adotando um programa vitalício de exercício mental (Dixon e Baltes, 1986).

Memória: Como ela Muda?

Falhas na memória costumam ser consideradas um sinal de velhice. O homem que sempre mantinha em mente sua agenda de compromissos passa a ter que utilizar um calendário; a mulher que toma vários remédios agora separa as doses de cada dia e as coloca onde não possa esquecer-se de tomar. Mas, na memória, assim como em outras capacidades cognitivas, o funcionamento das pessoas mais velhas varia bastante. Para compreender o porquê, precisamos examinar mais de perto como funciona a memória, como descrito no Capítulo 9 e em outras partes deste livro.*

Memória de Curto Prazo

Os pesquisadores avaliam a memória de curto prazo pedindo a uma pessoa que repita uma sequência de números na ordem em que foram apresentados (*memória direta de dígitos*) ou em ordem inversa (*memória inversa de dígitos*). A memória direta de dígitos mantém-se relativamente bem com o avanço da idade (Craik e Jennings, 1992; Poon, 1985; Wingfield e Stine, 1989), mas o mesmo não ocorre com a memória inversa de dígitos (Craik e Jennings, 1992; Lovelace, 1990). Por quê? Uma explicação amplamente aceita é que a repetição direta imediata exige apenas *memória sensória*, a qual mantém sua eficiência por toda a vida, enquanto a repetição inversa exige a manipulação de informações na *memória de operação*, a qual gradualmente diminui de capacidade depois dos 45 anos de idade (Swanson, 1999).

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Resumir as descobertas do Estudo Longitudinal de Seattle com relação às mudanças cognitivas na velhice?
- ✓ Comparar como pessoas mais velhas lidam com problemas instrumentais e sociais?
- ✓ Citar evidências para a plasticidade das capacidades cognitivas na terceira idade?

* Essa discussão baseia-se sobretudo em Smith e Earles, 1996.

Um fator fundamental é a complexidade da tarefa (Kausler, 1990; Wingfield e Stine, 1989). Como vimos, tarefas que exigem apenas *ensaio* ou repetição apresentam muito pouco declínio. Tarefas que exigem *reorganização* ou *elaboração* demonstram uma queda mais acentuada (Craik e Jennings, 1992). Se lhe pedirem para reorganizar verbalmente uma seqüência de itens (como esparadrapo, elefante, jornal) em ordem crescente de tamanho (esparadrapo, jornal, elefante), você precisará evocar seu conhecimento prévio de esparadrapos, jornais e elefantes (Cherry e Park, 1993). Mais esforço mental é necessário para guardar essas informações em mente, utilizando mais da limitada capacidade da memória de operação.

Memória de Longo Prazo

Os pesquisadores dividem a memória de longo prazo em três principais componentes: *memória episódica*, *memória semântica* e *memória de procedimento*.

Você se lembra do que comeu no café hoje pela manhã? Você trancou o carro depois de estacionar? Esse tipo de informação é armazenado na *memória episódica* (ver Capítulo 7), o componente da memória de longo prazo que mais tende a se deteriorar com a idade. A capacidade de recordar informações recém-obtidas, em especial, parece reduzir-se (Poon, 1985; Smith e Earles, 1996).

Uma vez que a memória episódica está ligada a eventos específicos, recuperamos um elemento desse "diário" mental reconstruindo a experiência original em nossa mente. Pessoas mais velhas são menos capazes de fazer isso, talvez porque se concentram menos no contexto (onde algo aconteceu, quem estava lá); portanto, têm menos conexões para estimular sua memória (Kausler, 1990; Lovelace, 1990). Além disso, pessoas mais velhas tiveram muitas experiências semelhantes que tendem a se fundir. Quando pessoas mais velhas percebem um evento como distintivo, são capazes de se lembrar dele tão bem quanto pessoas mais jovens (Camp, 1989; Cavanaugh, Kramer, Sinnott, Camp e Markley, 1985; Kausler, 1990).

A **memória semântica** é como uma enciclopédia mental; ela guarda o conhecimento de fatos históricos, de localizações geográficas, de costumes sociais, o significado de palavras, e assim por diante. A memória semântica não depende de lembrar quando e onde algo foi aprendido e apresenta pouco declínio com a idade (Camp, 1989; Horn, 1982b; Lachman e Lachman, 1980). Na verdade, o vocabulário e o conhecimento de regras de linguagem podem até aumentar (Camp, 1989; Horn, 1982b). Em um teste que solicita definições de palavras, adultos mais velhos, muitas vezes, se saem melhor do que adultos mais jovens, mas têm mais problemas para encontrar uma palavra a partir de seu significado (Smith e Earles, 1996). Essas experiências de ter a palavra na "ponta da língua" podem estar relacionadas com problemas na memória de operação (Heller e Dobbs, 1993; Light, 1990; Schonfield, 1974; Schonfield e Robertson, 1960, citado em Horn, 1982b).

Lembrar-se de como se anda de bicicleta é um exemplo de um terceiro componente da memória de longo prazo: a **memória de procedimento**, às vezes chamada de *memória implícita* (Squire, 1992, 1994; ver Capítulo 7). Ela inclui habilidades motoras, hábitos e maneiras de fazer coisas que, muitas vezes, podem ser recordadas sem esforço consciente. Um uso especial de memória inconsciente que se mantém com a idade é o *priming*, o qual torna mais fácil resolver um quebra-cabeças, responder a uma pergunta ou realizar uma tarefa conhecida (Smith e Earles, 1996). Assim como o *priming* prepara uma superfície para receber a tinta, o *priming* perceptual nos prepara para responder a uma pergunta de um teste que vimos em uma lista, ou para resolver um problema de matemática envolvendo o mesmo processo que utilizamos em aula. O *priming* explica por que adultos mais velhos têm as mesmas chances que pessoas mais jovens de se recordarem de uma associação familiar de palavras (*dragão* e *fogo*, por exemplo), mas não de uma associação pouco comum (*dragão* e *doce*).

Por que Alguns Aspectos da Memória Declinam?

O que explica as perdas de memória, especialmente na memória de operação e na memória episódica? Os pesquisadores ofereceram diversas hipóteses. Uma abordagem concentra-se em problemas com os três passos necessários para processar as informações na memória: *codificação*, *armazenamento* e *recuperação* (ver Capítulo 9). Outra abordagem concentra-se nas estruturas biológicas que fazem a memória funcionar.

memória semântica

Memória de longo prazo de conhecimento factual geral, de costumes sociais e da linguagem.

memória de procedimento

Memória de longo prazo de habilidades motoras, de hábitos e de modos de fazer as coisas, a qual, muitas vezes, pode ser evocada sem esforço consciente; às vezes chamada *memória implícita*.

priming

Aumento na facilidade para fazer uma tarefa ou para recordar informações como resultado de um contato prévio com a tarefa ou com a informação.

Problemas na Codificação, no Armazenamento e na Recuperação Em geral, adultos mais velhos parecem menos eficientes e precisos do que adultos mais jovens na *codificação* de novas informações para tornar mais fácil sua lembrança - por exemplo, organizando o material em ordem alfabética ou criando associações mentais (Craik e Byrd, 1982). A maioria dos estudos constatou que adultos mais velhos e mais jovens possuem capacidade semelhante para estratégias eficazes de codificação (Salthouse, 1991). Porém, em experimentos laboratoriais, adultos mais velhos são menos propensos a *utilizar* essas estratégias, a menos que sejam treinados - ou pelo menos estimulados ou lembrados - para fazê-lo (Craik e Jennings, 1992; Salthouse, 1991).

Contudo, quando adultos mais jovens e mais velhos foram brevemente instruídos em uma estratégia eficaz de memorização (imaginação visual) para recordar pares de palavras associadas (como *rei* e *coroa*), as diferenças de idade na frequência de uso da estratégia foram bastante pequenas e não explicavam suficientemente as diferenças de idade na recordação. Essa descoberta sugere que adultos mais velhos podem usar a mesma estratégia com menos eficiência do que adultos mais jovens (Dunlosky e Hertzog, 1998).

Outra hipótese é que o material *armazenado* pode deteriorar-se a ponto de dificultar ou de impossibilitar sua recuperação. Algumas pesquisas sugerem que um pequeno aumento nas "falhas de armazenamento" pode ocorrer com a idade (Camp e McKittrick, 1989; Giambra e Arenberg, 1993). Entretanto, é provável que restem vestígios de lembranças arruinadas, e pode ser possível reconstruí-las ou, pelo menos, reaprender o material rapidamente (Camp e McKittrick, 1989; Chafetz, 1992).

Adultos mais velhos têm mais dificuldade de recordação do que adultos mais jovens, mas se saem aproximadamente tão bem no reconhecimento, pois recordar exige mais do sistema de *recuperação* (Hultsch, 1971; Lovelace, 1990). Mesmo assim, as pessoas mais velhas levam mais tempo do que as mais jovens para vasculhar suas recordações (Lovelace, 1990). A recordação de detalhes de um fato recente pode ser aperfeiçoada observando fotografias ou lendo descrições dele (Koutstaal, Schacter, Johnson, Angell e Gross, 1998). Diferenças individuais na recordação podem refletir mudanças em outras capacidades cognitivas. Em um estudo longitudinal de 16 anos com 82 adultos de 55 a 81 anos, as perdas de vocabulário estavam ligadas a declínios na capacidade de recordar uma lista de palavras, ao passo que a deterioração da capacidade de raciocínio previa declínios na recordação de passagens de texto (Zelinski e Stewart, 1998).

Evidentemente, não podemos esquecer que a maioria das pesquisas sobre codificação, armazenamento e recuperação tem sido realizada em laboratório. Essas funções podem funcionar de forma um pouco diferente no mundo real.

Alterações Neurológicas Hipóteses biológicas apontam para alterações neurológicas: quanto mais o cérebro deteriora-se fisicamente, mais perda de memória irá ocorrer. O declínio na velocidade de processamento descrito anteriormente parece ser um contribuinte fundamental para a perda de memória relacionada com a idade (Luszcz e Bryan, 1999). Ele está associado à maioria dos aspectos de declínio da memória, incluindo alterações na capacidade da memória de operação. Em diversos estudos, o controle da velocidade perceptual eliminou praticamente toda a queda de desempenho relacionada com a idade (Smith e Earles, 1996).

Estima-se que o *hipocampo*, que parece fundamental para a capacidade de armazenar novas informações na memória de longo prazo (Squire, 1992), perde 20% de suas células nervosas com o avanço da idade (Ivy, MacLeod, Petit e Markus, 1992) e torna-se vulnerável a danos à medida que sobe a pressão arterial (Horn, 1982b). Níveis elevados de hormônios de estresse na corrente sanguínea podem diminuí-lo e reduzir seu desempenho (Lupien et al., 1998; Sapolsky, 1992). O aprendizado inconsciente - aparentemente independente do hipocampo - é menos afetado (Moscovitch e Winocur, 1992), assim como a memória de aprendizado prévio, que pode se aperfeiçoar como resultado da crescente complexidade das conexões neurais no córtex (Squire, 1992).

O declínio precoce no *córtex pré-frontal* pode ser responsável por problemas comuns de memória da terceira idade, como esquecer de compromissos e pensar que eventos imaginários de fato aconteceram (West, 1996). Essa última tendência é atribuída a uma falha no *monitoramento da fonte* (consciência de onde as memórias se originaram).

A probabilidade de que a deterioração neurológica explica o enfraquecimento de algumas habilidades *não* significa que nada possa ser feito. Pessoas mais velhas podem

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Identificar dois aspectos da memória que tendem a diminuir com a idade e descrever os diversos motivos para esse declínio?
- ✓ Explicar como problemas de codificação, de armazenamento e de recuperação podem afetar a memória na terceira idade?
- ✓ Assinalar diversas mudanças neurológicas relacionadas à memória?

Metamemória na Idade Adulta (MIA)

Questionário que visa a medir diversos aspectos da metamemória de adultos, incluindo crenças sobre sua própria memória e seleção e uso de estratégias para recordar.

aperfeiçoar sua capacidade de julgar a fonte prestando atenção a aspectos factuais em vez de emocionais de uma situação (quem? o quê? quando? onde? como?) e sendo mais cuidadosas e críticas na avaliação sobre a origem de uma "lembrança" (Henkel, Johnson e De Leonardis, 1998).

O cérebro costuma compensar declínios relacionados com a idade em regiões especializadas utilizando outras regiões como auxílio. Em um estudo, os pesquisadores utilizaram tomografia por emissão de pósitrons (TEP) para comparar a atividade cerebral de estudantes universitários com a de adultos mais velhos durante duas tarefas de memória. Quando solicitados a recordar seqüências de letras em uma tela de computador, os estudantes utilizaram apenas o hemisfério esquerdo; quando solicitados a recordar a localização de pontos em uma tela, só utilizaram o hemisfério direito. Os adultos mais velhos, que se saíram tão bem quanto os estudantes, utilizaram *tanto* o lobo frontal direito *quanto* o esquerdo em ambas as tarefas (Reuter-Lorenz, Stanczak e Miller, 1999; Reuter-Lorenz et al., 2000). A capacidade cerebral de compensar dessa forma pode ajudar a explicar por que os sintomas do mal Alzheimer, muitas vezes, não aparecem antes que a doença esteja muito avançada, e regiões anteriormente não-afetadas do cérebro, que assumiram a função de regiões comprometidas, também perdem a capacidade de funcionamento (Alzheimer's Disease, Part I", 1998).

Metamemória: A Visão de Dentro

"Não me recordo das coisas tão bem quanto antes".

"Tenho pouco controle sobre minha memória".

"Minha capacidade de lembrar é tão boa quanto sempre foi".

Quando adultos respondem a um questionário que lhes pede que concordem com ou discordem de uma lista de declarações como essas, estão explorando a *metamemória*, crenças ou conhecimento sobre como a memória funciona. Essas perguntas foram extraídas da **Metamemória na Idade Adulta (MIA)**, um questionário para medir a metamemória em adultos. As perguntas tratam de diversos aspectos da metamemória, incluindo crenças sobre nossa própria memória e seleção e o uso de estratégias mnemônicas.

Adultos mais velhos submetidos ao MIA relatam maior percepção de alterações na memória, menor capacidade de memória e menos controle sobre sua memória do que o fazem adultos mais jovens (Dixon, Hultsch e Hertzog, 1988). Entretanto, essas percepções podem, ao menos em parte, refletir expectativas estereotipadas de perda de memória na idade avançada (Hertzog, Dixon e Hultsch, 1990; Poon, 1985). Quando solicitadas a fazer uma avaliação geral de sua memória pessoal, adultos mais velhos tendem a dizer que ela se deteriorou, mas quando se trata de itens ou de tarefas específicas, adultos mais velhos possuem a mesma capacidade que adultos mais jovens para julgar seu "sentimento de saber" ou estimar o quão bem se saíram (Hertzog e Dixon, 1994; Hertzog, Saylor, Fleece e Dixon, 1994; Salthouse, 1991).

Essa e outras pesquisas sugerem que as queixas de adultos mais velhos em relação a sua memória não estão relacionadas com seu desempenho objetivo. Contudo, essa conclusão não considera diferenças individuais. Uma pessoa mais velha que antes possuía uma memória extraordinária pode estar ciente de uma perda não-detectável por comparação com a norma. Um estudo que levou em conta esse fator constatou uma modesta ligação entre queixas sobre a memória e o desempenho objetivo (Levy-Cushman e Abeles, 1998).

Aperfeiçoamento da Memória em Adultos mais Velhos

Alguns pesquisadores oferecem programas de treinamento em *mnemônica*: técnicas para ajudar as pessoas a lembrar (ver Capítulo 9), como visualizar uma lista de itens, fazer associações entre um rosto e um nome ou transformar os elementos de uma história em imagens mentais. Os programas também podem incluir treinamento em atenção e relaxamento, assim como informações sobre memória e envelhecimento, incluindo efeitos do humor sobre a memória (Levy-Cushman e Abeles, 1998). Uma análise de 33 estudos constatou que pessoas mais velhas realmente se beneficiam com o treinamento da memória. O tipo específico de mnemônica fazia pouca diferença (Verhaeghen, Marcoen e Goossens, 1992). Outros estudos relataram ganhos específicos na recordação de nomes, na memória episódica, na extensão da memória e na velocidade perceptual (Schaie e Willis, 1996).

Existe, portanto, considerável plasticidade do desempenho da memória para pessoas mais velhas, mas ela pode diminuir com o avanço da idade. Algumas pesquisas constataram que os efeitos de longo prazo do treinamento da memória para adultos mais velhos são mínimos (Anschutz, Camp, Markley e Kramer, 1987). Entretanto, outros estudos sugerem que esse treinamento pode ser transferido para tarefas cotidianas e pode ser mantido (Levy-Cushman e Abeles, 1998; Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge e Teri, 1984; Neeley e Backman, 1993, 1995).

Um experimento com ratos trouxe esperanças de que a manipulação genética possa eventualmente ser capaz de contrabalançar a perda de memória. O gene envolvido controla uma unidade de um receptor de sinal neural que normalmente se torna menos ativo com a idade. Uma cepa de camundongos criados com cópias extras desse gene saíram-se melhor do que camundongos normais em uma série de testes de memória (Tang et al., 1999).

Sabedoria

Com o envelhecimento do planeta, a sabedoria tornou-se um importante tópico de pesquisa psicológica. Erikson (como veremos no Capítulo 18) considerava a sabedoria um aspecto do desenvolvimento da personalidade na idade avançada. Outros pesquisadores definem sabedoria como uma extensão do pensamento pós-formal, uma síntese de razão e de emoção. Outra abordagem, com raízes na filosofia oriental, concentra-se no domínio espiritual.

Robert Sternberg classifica a sabedoria como uma capacidade *cognitiva* que pode ser estudada e testada. Segundo Sternberg (1998), sabedoria é uma forma especial de inteligência prática. Ela utiliza o *conhecimento tácito* (ver Capítulo 13) - geralmente baseado na experiência ou na observação de modelos - e visa a obter um bem comum através da equilíbrio de múltiplos interesses, muitas vezes em conflito. Diferentemente de outras formas de inteligência, que podem ser utilizadas para qualquer propósito, a sabedoria envolve julgamentos de valor sobre que objetivos são bons e sobre como melhor alcançá-los. Um exemplo seria a decisão de John Glenn de retornar ao espaço, o que equilibrava os benefícios potenciais da ciência médica e seu senso pessoal de realização contra o perigo físico e a ansiedade de sua família.

A pesquisa mais extensa sobre sabedoria foi feita por Baltes e colaboradores. No modelo de processo dual de Baltes, a sabedoria é um aspecto da pragmática da inteligência. É conhecimento especializado da *pragmática fundamental da vida*, "permitindo excelente julgamento e orientação sobre assuntos importantes e incertos" (Baltes, 1993, p. 586). Essas "pragmáticas fundamentais" consistem de conhecimento e de habilidades relacionados com conduta, interpretação e significado da vida. Embora a sabedoria esteja relacionada com a inteligência cristalizada, com a criatividade, com um estilo judicioso de pensar e com dimensões da personalidade (como receptividade à experiência e interesse por necessidades e motivos psicológicos), a pesquisa sugere que ela é uma qualidade separada e singular (Staudinger, Lopez e Baltes, 1997).

A sabedoria pode ser bastante rara. Condições favoráveis para seu crescimento, segundo Baltes, incluem capacidade mental geral, educação ou treinamento, prática no uso de habilidades necessárias, orientação de mentores, experiência de liderança e especialização profissional.

Para testar a relação entre idade e sabedoria, Baltes e colaboradores pediram a adultos de diversas idades e ocupações que pensassem em voz alta sobre dilemas hipotéticos. As respostas foram classificadas de acordo com critérios formulados pelos pesquisadores. Os critérios básicos foram conhecimento especializado factual e procedimental sobre a condição humana e sobre estratégias para planejamento de vida, a administração e a resolução de problemas de vida. Outros critérios incluíam a consciência de que a vida é imprevisível, que as circunstâncias variam muito e que as pessoas diferem quanto a valores, objetivos e prioridades, de modo que não existe uma solução que seja melhor para todos.

Em um estudo (Smith e Baltes, 1990), 60 profissionais alemães com bom nível de instrução de 25 a 81 anos receberam quatro dilemas envolvendo questões como pesar a carreira contra as necessidades da família e decidir aceitar ou não a aposentadoria precoce. Das 240 soluções, apenas 5% foram classificadas como sábias, e essas respostas tiveram distribuição quase uniforme entre adultos mais jovens, de meia-idade e mais velhos.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

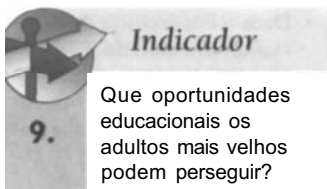
- ✓ Discutir o quão bem adultos mais velhos julgam suas capacidades de memória e explicar de que forma sua memória pode ser aperfeiçoada?

Pense sobre isso ...

- Suas observações pessoais do funcionamento cognitivo de adultos mais velhos concordam com os resultados do Estudo Longitudinal de Seattle e com as pesquisas sobre memória descritas neste capítulo? Em que aspectos? Explique as eventuais diferenças.
- Dada a importância de se manter um elevado nível de atividade intelectual, quais são algumas boas formas de fazer isso? Você acha que precisa desenvolver interesses novos ou mais amplos para perseguir durante a velhice?
- Pense na pessoa mais sábia que você conhece. Os critérios que Sternberg ou que Baltes e colaboradores estabeleceram para a sabedoria parecem descrever essa pessoa? Em caso negativo, como você definiria e mediria a sabedoria?

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Contrastar as diversas abordagens no estudo da sabedoria?
- ✓ Resumir as descobertas dos estudos de Baltes sobre sabedoria?

**aprendizagem vitalícia**

Estudo organizado e sustentado por adultos de todas as idades.

Os participantes demonstraram mais sabedoria sobre decisões aplicáveis à sua própria etapa de vida. Por exemplo, o grupo mais velho deu suas melhores respostas ao problema de um viúva de 60 anos que, tendo há pouco iniciado seu próprio negócio, fica sabendo que a nora deixou seu filho com dois filhos pequenos e ele quer que ela lhe ajude a cuidar deles.

Certos tipos de experiência de vida servem para o desenvolvimento de sabedoria? Os pesquisadores reuniram 14 adultos de meia-idade e mais velhos (média de idade, 67) que foram identificados por outras pessoas como sábios. Quando confrontados com dois dilemas - o da viúva de 60 anos e outro sobre um telefonema de um amigo que pretende cometer o suicídio - esses "candidatos a sábio" tiveram o mesmo desempenho de psicólogos clínicos idosos (os mais bem-sucedidos no estudo anterior), que foram treinados para lidar com os tipos de problemas apresentados. Ambos os grupos deram respostas mais sábias do que grupos-controle de adultos mais velhos e mais jovens com situação educacional e profissional semelhante (Baltes, Staudinger, Maercker e Smith, 1995).

A sabedoria possui um aspecto interativo. Em um experimento, tanto adultos mais jovens como mais velhos deram respostas mais sábias para dilemas hipotéticos quando se pediu que pensassem sobre o que alguém cuja opinião valorizam diria. Quando tinham mais tempo para pensar sobre um problema depois de discuti-lo com um cônjuge, com um parceiro doméstico, com um parente ou com um amigo, adultos mais velhos deram respostas mais sábias do que adultos mais jovens (Staudinger e Baltes, 1996).

Talvez a contribuição mais significativa desta linha de pesquisa ao estudo da sabedoria seja a tentativa de medi-la sistemática e cientificamente. A descoberta-chave é que a sabedoria, ainda que não seja território exclusivo da idade avançada, é uma área em que as pessoas mais velhas, especialmente aquelas que tiveram certos tipos de experiências, podem manter-se ou aperfeiçoar-se.

Aprendizagem Vitalícia

Qian Likun, estudante brilhante que vai a pé para suas aulas de assistência à saúde e de poesia chinesa antiga, participou de uma corrida esportiva de 3.700 metros. Isso pode não parecer incomum, mas Qian tem 102 anos de idade, um dos milhares de estudantes na rede chinesa de "universidades para os idosos". Mais de 800 dessas escolas foram fundadas desde a década de 1980, demonstrando o comprometimento da China com sua população idosa e demonstrando a disposição e a capacidade de aprender das pessoas mais velhas (Kristof, 1990). O programa da China exemplifica uma tendência para a **aprendizagem vitalícia**: estudo organizado e contínuo por adultos de todas as idades.

Na sociedade complexa da atualidade, a necessidade de educação nunca termina. A atividade mental contínua ajuda a manter o desempenho em nível elevado, quer essa atividade envolva leitura, conversação, palavras cruzadas, *bridge* ou xadrez, quer envolva voltar a estudar, como cada vez mais adultos estão fazendo.

Pessoas mais velhas aprendem melhor quando os materiais e os métodos levam em conta mudanças fisiológicas, psicológicas e cognitivas que elas podem estar experienciando. Elas se saem melhor quando o material é apresentado lentamente durante um período razoavelmente longo de tempo com intervalos, em vez de em doses concentradas.

Programas educacionais especificamente destinados a adultos maduros estão florescendo em muitas partes do mundo. Em uma categoria estão os centros gratuitos ou de baixo custo, ensinados por profissionais ou voluntários, em centros de bairro para idosos, em centros comunitários e em instituições religiosas ou comerciais. Essas aulas geralmente têm um foco prático ou social (Moskow-McKenzie e Manheimer, 1994). No Japão, por exemplo, os *kominkans* (centros educacionais comunitários) oferecem aulas em assistência infantil, saúde, artes e ofícios tradicionais, *hobbies*, exercícios e esportes (Nojima, 1994). Uma segunda categoria consiste em programas baseados em faculdades e em universidades com a educação como objetivo principal (Moskow-McKenzie e Manheimer, 1994). Elderhostel é uma rede internacional de 1.800 faculdades e outras instituições educacionais em 47 países, a qual oferece cursos residenciais de nível superior, sem créditos, de uma semana de duração para adultos de 55 anos ou mais e seus cônjuges.

Ruth Michael, de Weslaco, Texas, formou-se na faculdade com honras aos 83 anos e, agora, como voluntária, administra testes de psicologia a pacientes hospitalizados. As oportunidades educacionais para adultos mais velhos expandiram-se muito, permitindo que muitas pessoas de mais idade obtenham a educação pela qual não tiveram condições de pagar ou para a qual não tiveram tempo mais cedo na vida.



Nos Estados Unidos, os adultos mais velhos de hoje têm melhor nível de instrução do que seus predecessores, e essa tendência irá continuar à medida que as coortes mais jovens envelhecerem (AARP, 1999; Treas, 1995). Uma profusão de cursos de educação continuada para pessoas mais velhas surgiu a partir de meados de 1970 (Moskowitz-McKenzie e Manheimer, 1994). Muitas faculdades e universidades estaduais comunitárias regionais, assim como algumas universidades particulares, oferecem programas especiais para idosos. Alguns programas vocacionais dão especial atenção às necessidades de mulheres mais velhas que nunca tiveram trabalho remunerado, mas que agora precisam disso. Uma das ofertas mais populares é treinamento em informática.

Por que tantos adultos mais velhos desejam aprender a utilizar computadores? Alguns são simplesmente curiosos. Alguns precisam adquirir novas habilidades ou se atualizar. Alguns desejam acompanhar as últimas tecnologias: conversar com filhos e netos que sabem utilizar computadores, enviar e receber mensagens de correio eletrônico ou explorar a internet.

A tendência para a continuação da educação na terceira idade ilustra como cada etapa de vida poderia tornar-se mais satisfatória pela reestruturação do curso de vida (ver Capítulo 15). Hoje, os jovens adultos geralmente mergulham na educação e na carreira, pessoas de meia-idade utilizam a maior parte de sua energia ganhando dinheiro, e algumas pessoas mais velhas que se aposentaram do trabalho buscam maneiras de preencher o tempo. Se as pessoas combinassem trabalho, lazer e estudo em suas vidas de uma forma mais equilibrada em todas as idades, os jovens adultos sentiriam menos pressão para se firmarem cedo, pessoas de meia-idade sentir-se-iam menos sobrecarregadas e pessoas mais velhas seriam mais estimuladas e sentir-se-iam - e seriam - mais úteis. Esse padrão poderia fazer uma importante contribuição para o bem-estar emocional na velhice, como discutimos no Capítulo 18.

VERIFICADOR

Você é capaz de...

- ✓ Identificar condições que propiciam o aprendizado de adultos mais velhos?
- ✓ Diferenciar dois tipos de programas educacionais para adultos mais velhos?

Resumo

A Velhice na Atualidade

Indicador 1. O que é preconceito de idade e como ele pode ser prejudicial?

- As atitudes para com adultos mais velhos nos Estados Unidos tende a refletir **preconceito de idade**. Estereótipos sobre o envelhecimento perpetuam conceitos errôneos muito comuns sobre as características físicas, cognitivas e da personalidade de pessoas mais velhas e afetam o modo como elas são tratadas.
- Os esforços para combater os preconceitos de idade estão progredindo, graças à visibilidade de um número crescente de adultos mais velhos saudáveis e ativos.

Indicador 2. Como a população mais velha de hoje está mudando?

- A proporção de pessoas mais velhas nos Estados Unidos e nas populações mundiais é maior do que nunca e deve continuar crescendo, pressionando os serviços sociais. Pessoas com mais de 85 anos são a faixa etária de crescimento mais rápido.
- Hoje, muitas pessoas mais velhas são saudáveis, vigorosas e ativas. Embora os efeitos do **envelhecimento primário** possam estar além do controle das pessoas, muitas vezes, é possível evitar os efeitos do **envelhecimento secundário**.

- Especialistas em **gerontologia** e **geriatria**, às vezes, referem-se a pessoas entre 65 e 74 anos como *idosos jovens*, àquelas com mais de 75 de *idosos velhos*, e as com mais de 85 como os *idosos mais velhos*. Contudo, esses rótulos podem ser mais úteis quando utilizados para se referirem à **idade funcional**.

DESENVOLVIMENTO FÍSICO

Longevidade e Envelhecimento

Indicador 3. Por que a expectativa de vida aumentou e como ela varia?

- A **expectativa de vida** aumentou dramaticamente desde 1900. Pessoas brancas tendem a ter mais longevidade do que pessoas negras, e as mulheres mais do que os homens; por isso, o número de mulheres mais velhas ultrapassa o de homens mais velhos em uma proporção de três para dois.
- As taxas de mortalidade têm diminuído. Doença cardíaca, câncer e derrame são as três principais causas de morte para pessoas com mais de 65 anos.

Indicador 4. Que teorias foram propostas para as causas do envelhecimento e o que a pesquisa sugere sobre as possibilidades de estender o ciclo de vida?

- A **senescência**, período do ciclo de vida marcado por mudanças físicas associadas ao envelhecimento, começa em idades variadas para as diferentes pessoas.
- As teorias de envelhecimento biológico enquadram-se em duas categorias: **teoria de programação genética**, sugeridas pelo **limite Hayflick**, e **teorias de taxas variáveis**, (ou teorias de erro), como aquelas que apontam para os efeitos dos **radicais livres** e da auto-imunidade.
- As **curvas de sobrevivência** apóiam a idéia de um limite definido para o ciclo de vida humano, mas as pesquisas sobre o prolongamento do ciclo de vida através de manipulação genética ou de restrição calórica contestaram essa idéia.

Mudanças Físicas

Indicador 5. Que mudanças físicas ocorrem durante a velhice e como essas mudanças variam entre os indivíduos?

- As mudanças nos sistemas e nos órgãos corporais com a idade são altamente variáveis e podem ser resultado de doenças, o que, por sua vez, é influenciado pelo estilo de vida.
- Mudanças físicas comuns incluem perda de coloração, de textura e de elasticidade da pele; adelgaçamento e branqueamento dos cabelos; diminuição na estatura; adelgaçamento dos ossos; tendência a dormir menos. A maioria dos sistemas corporais costuma continuar funcionando muito bem, mas o coração torna-se mais suscetível à doença. A **capacidade de reserva** do coração e de outros órgãos diminui.
- Embora o cérebro mude com a idade, as mudanças variam consideravelmente e geralmente são modestas. Elas incluem perda ou redução das células nervosas e um retardo geral das respostas. Contudo, o cérebro também parece ser capaz de produzir novos neurônios e de formar novas conexões posteriormente na vida.
- Problemas visuais e auditivos podem prejudicar a vida cotidiana, mas, muitas vezes, podem ser corrigidos. Transtornos visuais comuns incluem **cataratas** e **degeneração macular relacionada à idade**. Perdas no paladar e no olfato podem causar má nutrição. Com treinamento é possível melhorar a força muscular, o equilíbrio e o tempo de reação.

- Muitas pessoas mais velhas são sexualmente ativas, embora a frequência e a intensidade da experiência sexual geralmente sejam menores do que para adultos mais jovens.

Saúde Física e Mental

Indicador 6. Que problemas de saúde são comuns na terceira idade e que fatores influenciam a saúde nessa época da vida?

- A maioria das pessoas mais velhas é razoavelmente saudável, especialmente se seguem um estilo de vida saudável. A maioria das pessoas mais velhas tem doenças crônicas, principalmente **artrite**, mas elas geralmente não limitam demais as atividades nem interferem na vida cotidiana.
- Exercício e dieta são influências importantes sobre a saúde. A perda de dentes devido à **periodontite** pode afetar seriamente a nutrição.

Indicador 7. Que transtornos mentais e comportamentais algumas pessoas mais velhas experimentam?

- A maioria das pessoas mais velhas possui boa saúde mental. Depressão, alcoolismo e muitas outras doenças, inclusive algumas formas de **demência**, podem ser revertidas com tratamento adequado; outras, como as provocadas pelo **mal de Alzheimer**, **mal de Parkinson** ou **demência de infartos múltiplos**, são irreversíveis.
- O mal de Alzheimer torna-se mais prevalente com a idade. Ele se caracteriza pela presença de **emaranhados neurofibrilares** e de **placa amilóide** no cérebro. Suas causas não foram definitivamente estabelecidas, mas a pesquisa aponta para fatores genéticos. Terapias comportamentais e medicamentosas podem retardar a deterioração.
- O transtorno depressivo maior tende a ser subdiagnosticado em adultos mais velhos.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Aspectos do Desenvolvimento Cognitivo

Indicador 8. Que ganhos e perdas nas capacidades cognitivas tendem a ocorrer na terceira idade? Existem modos de melhorar o desempenho cognitivo das pessoas mais velhas?

- Fatores físicos e psicológicos que influenciam o desempenho de pessoas mais velhas sobre os testes de inteligência podem fazer com que se subestime sua inteligência. Pesquisas transversais indicando declínios na **Escala Wechsler de Inteligência Adulta (EWIA)** podem refletir diferenças de coorte.
- As medidas de inteligência fluida e cristalizada indicam um padrão mais encorajador, com capacidades cristalizadas aumentando durante a velhice. Baltes propõe um **modelo de processo dual: a mecânica da inteligência** costuma declinar, mas a **pragmática da inteligência** pode continuar se desenvolvendo.
- Um retardamento geral no funcionamento do sistema nervoso pode afetar a velocidade do processamento de informações. Contudo, esse retardamento pode limitar-se a determinadas tarefas de processamento e pode variar entre os indivíduos.
- O Estudo Longitudinal de Seattle constatou que o funcionamento cognitivo na terceira idade é altamente variável. Poucas pessoas apresentam declínio em todas ou na maioria das áreas, e muitas pessoas melhoram em algumas. A **hipótese do engajamento** pode ajudar a explicar essas diferenças.

- Embora a capacidade de desempenhar **atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)** geralmente diminua com a idade, com a capacidade de resolver problemas interpessoais ou emocionalmente carregados não ocorre o mesmo.
- Pessoas mais velhas demonstram considerável plasticidade no desempenho cognitivo e podem beneficiar-se com treinamento.
- Alguns aspectos da memória, como a memória sensória, a **memória semântica**, a **memória de procedimentos** e o *priming* parecem tão eficientes em adultos mais velhos quanto em pessoas mais jovens. Outros aspectos, principalmente a capacidade da memória de operação e a capacidade de recordar eventos específicos ou informações recém-adquiridas, muitas vezes, são menos eficientes.
- Mudanças neurológicas, assim como declínios na velocidade perceptual, podem explicar grande parte do declínio no funcionamento da memória em adultos mais velhos. Contudo, o cérebro pode compensar alguns dos declínios relacionados com a idade.
- Segundo estudos que utilizam **Metamemória na Idade Adulta (MIA)**, alguns adultos mais velhos podem superestimar sua

perda de memória, talvez devido a estereótipos sobre o envelhecimento.

- Adultos mais velhos podem beneficiar-se com o treinamento da memória.
- Segundo os estudos de Baltes, adultos mais velhos mostram tanta ou mais sabedoria do que adultos mais jovens. Pessoas de todas as idades dão respostas mais sábias a problemas que afetam sua própria faixa etária.

Indicador 9. Que oportunidades educacionais os adultos mais velhos podem perseguir?

- A **aprendizagem vitalícia** pode manter pessoas mais velhas mentalmente alertas. Adultos mais velhos aprendem melhor quando os materiais e os métodos são adaptados às necessidades dessa faixa etária.
- Os programas educacionais para adultos mais velhos estão proliferando. A maioria desses programas possui ou um enfoque prático-social ou um enfoque educacional mais sério.

Palavras-Chave

preconceito de idade (663)
 envelhecimento primário (666)
 envelhecimento secundário (667)
 idade funcional (667)
 expectativa de vida (667)
 longevidade (667)
 gerontologia (668)
 geriatria (668)
 senescência (670)
 teorias de programação genética (671)
 limite Hayflick (671)
 teoria de taxas variáveis (671)
 radicais livres (672)
 auto-imunidade (673)
 curvas de sobrevivência (673)

capacidade de reserva (676)
 cataratas (677)
 degeneração macular relacionada à idade (677)
 artrite (681)
 periodontite (682)
 demência (683)
 mal de Alzheimer (683)
 mal de Parkinson (683)
 demência de infartos múltiplos (683)
 emaranhados neurofibrilares (684)
 placa amiloide (684)
 transtorno depressivo maior (686)
 Escala Wechsler de Inteligência Adulta (EWIA) (688)

modelo de processo dual (689)
 mecânica da inteligência (689)
 pragmática da inteligência (689)
 otimização seletiva com compensação (689)
 hipótese do engajamento (691)
 atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) (691)
 memória semântica (694)
 memória de procedimento (694)
priming (694)
 Metamemória na Idade Adulta (MIA) (696)
 aprendizagem vitalícia (698)

Capítulo 18

Desenvolvimento Psicossocial na Terceira Idade



*Ainda há o hoje
E o amanhã com novos sonhos:
A vida nunca envelhece*

Rita Duskin, "Haiku", *Sound and Light*, 1987



Jimmy Carter

Foco: Jimmy Carter, "Presidente Aposentado"

James Earl ("Jimmy") Carter Jr. (nascido em 1924)* foi um dos mais impopulares presidentes dos Estados Unidos no século XX. Contudo, duas décadas depois de ter sido destituído do cargo, é um dos ex-presidentes mais atuantes e admirados na história dos Estados Unidos, "perseguido causas perdidas e negligenciadas com o zelo de um missionário" - e com estupendo sucesso (Nelson, 1994).

Em 1976, na esteira do escândalo de Watergate, Carter, produtor de amendoim que havia cumprido um mandato de governador da Geórgia, tornou-se o primeiro sulista do século XX a ser eleito presidente. Seu atrativo era o de ser um forasteiro que "limparia" o governo e que restauraria o clima moral. Mas, apesar de feitos históricos, como a conquista da paz entre Israel e Egito, ele permaneceu atolado na interminável crise dos reféns iranianos e foi acusado pela alta nos preços dos combustíveis e pela queda na economia. Após uma derrota devastadora em 1980, ele se retirou da vida política aos 56 anos.

Carter e sua esposa e companheira de sempre, Rosalynn, enfrentaram uma crise devastadora. Seus negócios agrícolas e de armazenamento estavam seriamente endividados, e ele não tinha perspectiva imediata de trabalho. "Pensamos que o melhor de nossa vida tinha terminado", recorda-se ele. "E passamos por um momento muito difícil em nosso relacionamento" (Beyette, 1998, p. 6A). Por fim, determinados a assumir o controle do que restava em suas vidas, avaliaram sua situação. Eles se perguntaram que experiências poderiam construir para o futuro, que interesses tinham tido muito pouco tempo para perseguir e que talentos não tinham sido capazes de desenvolver plenamente.

O que Carter, hoje com mais 80 anos, fez desde então? Ele é professor na University Emory e leciona na escola dominical em uma escola batista. Ajuda a construir e reformar casas para famílias de baixa renda através da Habitat for Humanity, uma organização sem fins lucrativos. Fundou o Carter Center, que patrocina programas internacionais de direitos, além de ter garantido a libertação de centenas de prisioneiros políticos.

Como pacificador itinerante e guardião da liberdade, Carter supervisionou as eleições nicaraguenses que depuseram os sandinistas. Intermediou um cessar-fogo entre muçulmanos e sérvios na Bósnia. Pressionou a China para libertar prisioneiros detidos durante o protesto na Praça Tiananmen em 1989. Foi indicado várias vezes para o Prêmio Nobel da Paz.

Diz-se que Carter "utilizou seu cargo de presidente como trampolim para objetivos mais elevados" (Bird, 1990, p. 564). Liberto das pressões da política, ascendeu ao papel de estadista sênior.

Carter escreveu 14 livros, mais recentemente *The Virtues of Aging*, no qual descreve como ele e Rosalynn aprenderam a "dar um ao outro certo espaço"; como tornar-se avós aprofundou seu relacionamento; como as vidas ativas de amigos e de conhecidos íntimos serviram de exemplo e de inspiração;

S U M Á R I O

Foco: Jimmy Carter,
"Presidente Aposentado"

Teoria e Pesquisa sobre Desenvolvimento

Psicossocial

Estabilidade dos Traços de
Personalidade
Questões e Tarefas Normativas
Modos de Enfrentamento
Modelos de Envelhecimento
"Bem-Sucedido" ou "Ideal"

Questões de Estilo de Vida e Questões Sociais Relacionadas ao Envelhecimento

Trabalho, Aposentadoria e Lazer
Esquemas de Vida

Relacionamentos Pessoais na Terceira Idade

Contato Social
Relacionamentos e Saúde
O Papel da Família e dos Amigos

Relacionamentos Consensuais

Casamento de Longa Duração
Divórcio e Segundo Casamento
Vida de Solteiro
Relacionamentos Homossexuais
Amizades

Laços de Parentesco Não- Conjugais

Relacionamentos com Filhos
Adultos - ou sua Ausência
Relacionamento com Irmãos
Tornar-se Bisavô

* As fontes de informação sobre a vida de Jimmy Carter foram Beyette (1998), Bird (1990), Carter (1975, 1998), Carter Center (1995), J. Nelson (1994), Spalding (1977), Wooten (1995) e diversos artigos de notícia.

como lidou com a perda de sua mãe, de seu irmão e de duas irmãs; como sua fé religiosa ajuda-o a enfrentar a perspectiva de sua própria morte sem medo.

O que Carter identifica como vantagens do envelhecimento? "Temos um grau sem precedente de liberdade para escolher o que queremos fazer... Temos a chance de curar feridas... Temos a oportunidade de expandir os laços de compreensão com as pessoas que mais amamos". E existem ainda novos universos a conquistar. "Nosso principal objetivo", diz Carter, "não é apenas continuar vivo..., mas aproveitar todas as oportunidades de prazer, de emoção, de aventura e de realização" (Beyette, 1998, p. 6A-

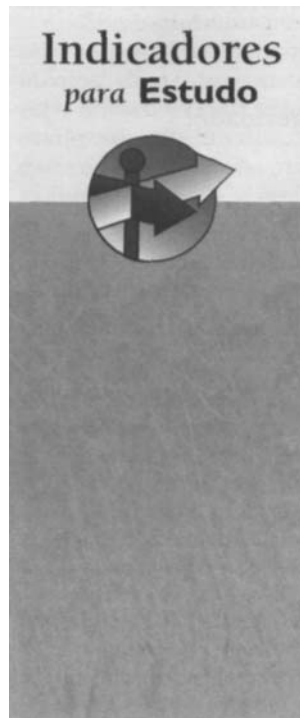
Embora poucos adultos tenham os recursos e as oportunidades de um ex-presidente, Jimmy Carter está longe de ser o único a usar seus anos de aposentadoria de maneira produtiva. Ele é um dos muitos adultos mais velhos cujo ativismo está criando uma nova concepção da vida na velhice.

No princípio dos anos de 1980, pouco depois de Carter deixar a presidência, a escritora Betty Friedan foi solicitada a organizar um seminário na Universidade de Harvard sobre "Crescimento no Envelhecimento". O eminente behaviorista B. F. Skinner recusou-se a participar. Idade e crescimento, disse ele, eram "uma contradição de termos" (Friedan, 1993, p. 23). Skinner não era absolutamente o único a pensar assim. Entretanto, menos de duas décadas depois, a idade adulta é cada vez mais reconhecida como uma época de crescimento potencial.

Hoje, expressões como *envelhecimento bem-sucedido* e *envelhecimento ideal* aparecem com frequência na literatura teórica e de pesquisa. Essas expressões são controversas, pois parecem implicar que existe um modo "certo" ou "melhor" de envelhecer. Mesmo assim, algumas pessoas de mais idade realmente parecem aproveitar melhor a vida do que outras. As pessoas mais velhas podem adaptar-se ao desafio do envelhecimento se forem flexíveis e realistas - se puderem conservar sua força, adaptar-se à mudança e à perda e utilizar o tempo com sabedoria. "Crescer no envelhecimento" é possível, e muitos adultos mais velhos, que se sentem saudáveis, competentes e com controle sobre suas vidas, experimentam esse último estágio da vida de maneira positiva.

Neste capítulo, examinaremos a teoria e a pesquisa sobre desenvolvimento psicossocial na terceira idade. Discutiremos as opções da terceira idade de trabalho, de aposentadoria e de esquema de vida, além de seu impacto sobre a capacidade da sociedade de sustentar uma população em envelhecimento e de cuidar dos fracos e dos enfermos. Por fim, examinaremos os relacionamentos com a família e com os amigos, os quais afetam bastante a qualidade dos anos finais.

Depois de ler e de estudar este capítulo, você deverá ser capaz de responder às seguintes perguntas:



1. O que acontece com a personalidade na velhice?
2. Que questões ou tarefas especiais as pessoas de mais idade precisam enfrentar?
3. Como os adultos mais velhos enfrentam os problemas?
4. Envelhecer bem: isso existe? Em caso afirmativo, como isso pode ser definido e medido?
5. Quais são algumas das questões relativas ao trabalho e à aposentadoria na terceira idade e como adultos mais velhos lidam com o tempo e com o dinheiro?
6. Que opções de esquema de vida existem para os adultos mais velhos?
7. Como os relacionamentos pessoais mudam na velhice e qual é seu efeito sobre o bem-estar?
8. Quais são as características dos casamentos de longo prazo na terceira idade e que impacto o divórcio e o segundo casamento têm nessa fase da vida?
9. Como vivem as pessoas mais velhas solteiras e aquelas que mantêm relacionamentos homossexuais?
10. Como a amizade muda na velhice?
11. Como adultos mais velhos relacionam-se - ou não se relacionam - com seus filhos adultos e com seus irmãos? Como se adaptam ao fato de serem bisavós?

\

Teoria e Pesquisa sobre Desenvolvimento Psicossocial

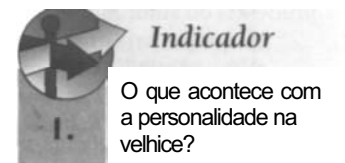
Quanto muda a personalidade na terceira idade? Não muito, segundo algumas pesquisas. Ainda assim, a experiência de pessoas como Jimmy Carter faz com que alguns teóricos considerem a terceira idade como uma etapa de desenvolvimento com suas próprias questões e tarefas especiais. Muitas pessoas mais velhas reavaliam sua vida, concluem negócios inacabados e decidem como melhor canalizar suas energias e passar os dias, os meses ou os anos que lhes restam. Plenamente conscientes da passagem do tempo, algumas desejam deixar um legado para os filhos e para o mundo, repassar os frutos de sua experiência e validar o significado de sua vida. Outras simplesmente desejam aproveitar esta última chance de desfrutar seus melhores pasatempos ou fazer coisas que nunca puderam quando eram jovens.

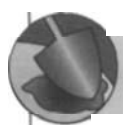
Vejamos o que a teoria e a pesquisa sobre desenvolvimento psicossocial têm a nos dizer sobre esta fase final do ciclo de vida, sobre como as pessoas mais velhas lidam com o estresse e com a perda e o que constitui o envelhecimento "bem-sucedido" ou "ideal".

Estabilidade dos Traços de Personalidade

Embora algumas pesquisas tenham constatado mudanças na terceira idade nas "Cinco Grandes" dimensões de personalidade, como aumentos no nível de socialização e diminuições na extroversão (Field e Millsap, 1991), o trabalho de Costa e McCrae (1994a, 1994b, 1996) demonstrou claramente a estabilidade essencial dos traços de personalidade (ver Capítulo 14). Pessoas hostis são pouco inclinadas a se suavizar com a idade, a menos que recebam tratamento psicoterapêutico; pessoas otimistas tendem a se preservar assim. Alguns padrões de traços persistentes contribuem para a adaptação ao envelhecimento e podem até predizer a saúde e a longevidade (Baltes, Lindenberger e Staudinger, 1998; ver Quadro 18-1).

Uma crença comum (mas errônea) é a de que adultos mais velhos tendem a ficar retraídos ou deprimidos. Na verdade, a depressão (a menos que associada à demência) está fortemente relacionada à dimensão de personalidade pertencente a "Cinco Grandes" de-





Quadro 18-1

A Personalidade Prevê a Saúde e a Longevidade?

O estudo Terman com crianças superdotadas, as características de personalidade e o ambiente familiar na infância desempenhavam um papel importante no êxito adulto. Hoje parece que esses fatores podem influenciar o quanto as pessoas vivem.

A maioria dos aproximadamente 1.500 escolares californianos escolhidos para o estudo em torno dos 11 anos com base em elevado QI tem sido acompanhados periodicamente desde 1921. Entre 1986 e 1991, quando os sobreviventes estavam perto dos 80 anos, um grupo de pesquisadores (Friedman et al., 1993; Friedman, Tucker, Schwartz, Tomlinson-Keasey et al., 1995; Tucker e Friedman, 1996) decidiram descobrir quantos haviam morrido e em que idades, de modo a identificar fatores que pudessem prognosticar a longevidade. Uma vez que os "Termites"*, como grupo, eram brilhantes e instruídos, os resultados não tendiam a ser confundidos por má nutrição, pobreza ou assistência médica inadequada.

Surpreendentemente, nem a autoconfiança, a energia, nem a sociabilidade na infância mostraram-se relacionadas com a longevidade. Tampouco o otimismo ou o senso de humor na infância estavam associados à vida longa. Na verdade, o inverso era verdadeiro: crianças alegres eram mais propensas a morrer jovens. O que *realmente* previu fortemente a longevidade foi a dimensão de personalidade chamada *escrupulosidade*, ou confiabilidade - às vezes, descrita como organização, prudência ou autocontrole.

O que poderia explicar essas descobertas?

Uma possibilidade é que, embora uma abordagem otimista e despreocupada em relação à vida possa ser útil para enfrentar situações a curto prazo, como recuperação de doença, a longo prazo isso pode ser prejudicial à saúde se fizer com que uma pessoa ignore os avisos e apresente comportamentos de risco. Assim como pessoas otimistas podem ser inclinadas a correr riscos, pessoas escrupulosas podem ser menos assim. Elas podem ser menos propensas a fumar, a beber, a se ferir e a comer em excesso e a se tornarem obesas. Pessoas escrupulosas podem ser mais propensas a cultivar bons hábitos de saúde, a seguir conselhos sensatos e a cooperar com os médicos. Elas podem evitar estresse pensando nas consequências, poupando-se do pior que poderia acontecer, não se envolvendo em si-

tuações com as quais não possam lidar e preparando-se para contingências - por exemplo, levando chaves extras do carro e fazendo seguros. Além disso, suas qualidades podem permitir-lhes alcançar êxito profissional e dispor de mais recursos financeiros, informacionais e sociais para lidar com problemas de saúde e de outra natureza. Elas também podem tender mais a ter casamentos estáveis e redes de amizade confiáveis.

A escrupulosidade (mas não a alegria) estava relacionada com diversas variáveis que possuem influências positivas sobre a longevidade. Na meia-idade, crianças escrupulosas tendiam a ter concluído mais anos de educação do que crianças menos escrupulosas e tendiam menos a ter apresentado problemas mentais. Elas também eram menos propensas a ter se divorciado ou ter vivenciado divórcio dos pais em sua infância.

Ao que parece não é o casamento em si, mas a *estabilidade* conjugal que pode levar a uma vida longa. "Termites" que, aos 40 anos, estavam em seus primeiros casamentos tendiam a viver significativamente mais tempo do que aqueles que tinham se divorciado, independentemente de estes últimos terem se casado novamente. Em contraste, "Termites" que *nunca* haviam se casado tinham um risco apenas ligeiramente maior de morte precoce.

A instabilidade conjugal no lar de infância também era uma ameaça à longevidade. As pessoas que, antes dos 21 anos, tinham experimentado o divórcio de seus pais - 13% da amostra - viveram, em média, quatro anos menos do que aquelas cujos pais haviam permanecido juntos. A morte precoce de um dos pais, por outro lado, fazia pouca diferença.

As descobertas sobre estabilidade conjugal e personalidade estão inter-relacionadas. Crianças consideradas impulsivas tendiam a se tornar adultos com histórias conjugais instáveis e eram mais propensas a morrerem jovens. Além disso, os filhos de pais divorciados eram mais propensos a se divorciarem também - explicando parte da influência do divórcio dos pais sobre a longevidade.

Parece, portanto, que as pessoas que são dignas de confiança e diligentes tanto para cuidar de si mesmas como para preservar seus casamentos - e que tiveram a sorte de terem tido pais que permaneceram casados - podem ser recompensadas com mais anos de vida.

nominada *neuroticismo*, "uma disposição permanente" que é um melhor prognosticador do humor e dos transtornos de humor do que circunstâncias de vida, como idade, raça, gênero, renda, educação e estado civil (Costa e McCrae, 1996).

Outra crença comum é a de que a personalidade torna-se mais rígida na terceira idade. As primeiras pesquisas transversais pareciam apoiar essa concepção. Contudo, McCrae e Costa (1994), em grandes estudos longitudinais utilizando uma variedade de amostras e de medidas, demonstraram que isso *não* se aplica à maioria das pessoas. De modo semelhante, testes de personalidade com 3.442 participantes no Estudo Longitudinal de Seattle (ver Capítulos 15 e 17) constataram apenas declínios longitudinais modestos de flexibilidade entre as idades de 60 e 81 anos, mas diferenças de coorte muito maiores (Schaie e Willis, 1991).

* N. de T.: Relativo ou pertence ao grupo de estudo Terman.

Como grupo, as pessoas em coortes mais recentes parecem ser mais flexíveis (ou seja, menos rígidas) do que coortes anteriores. Essas descobertas sugerem que os "aumentos" de rigidez constatados em estudos transversais anteriores podem, na verdade, estar atrelados não à idade, mas à "bagagem" culturalmente influenciada da experiência de vida que um determinada geração carrega durante a idade adulta. Se a flexibilidade está se tornando mais característica dos adultos jovens de hoje e se eles levam essa flexibilidade até a terceira idade, então as futuras gerações de adultos mais velhos podem ser capazes de se adaptar mais facilmente do que suas predecessoras aos desafios do envelhecimento.

Questões e Tarefas Normativas

Embora os modelos de traço enfatizem a estabilidade fundamental da estrutura da personalidade, outros modelos, como a abordagem de desenvolvimento do ciclo de vida de Baltes, consideram os fatores que podem contribuir para o crescimento dentro dessa estrutura básica. Segundo teóricos de crises normativas, o crescimento depende da realização das tarefas psicológicas de cada etapa da vida de uma forma emocionalmente saudável.

Erik Erikson: Integridade do Ego versus Desespero

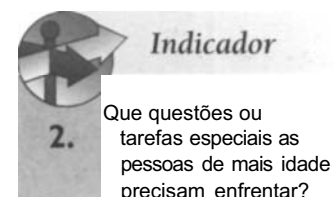
Para Erikson, a realização suprema da terceira idade é o senso de *integridade do ego* ou integridade do *se//*, realização baseada na reflexão sobre a própria vida. Na oitava e última crise do ciclo de vida, **integridade do ego versus desespero**, adultos mais velhos precisam avaliar, resumir e aceitar sua vida para poderem aceitar a aproximação da morte. A partir dos resultados das sete crises anteriores, eles se esforçam para obter um senso de coerência e de integridade, em vez de ceder ao desespero por sua incapacidade de reviver o passado de forma diferente (Erikson, Erikson e Kivnick, 1986). As pessoas que são bem-sucedidas nessa tarefa final de integração adquirem um senso de ordem e significado de sua vida na ordem social mais ampla, do passado, do presente e do futuro. A "virtude" que pode desenvolver-se durante esse estágio é a *sabedoria*, uma "preocupação informada e imparcial com a própria vida diante da própria morte" (Erikson, 1985, p. 61).

Sabedoria, diz Erikson, significa aceitar a vida que se viveu, sem maiores arrependimentos: sem alongar-se no que "deveria ter feito" ou em "como poderia ter sido". Isso envolve aceitar nossos pais como pessoas que fizeram o melhor que podiam e por isso merecem amor, ainda que não tenham sido perfeitos. Isso implica aceitar nossa morte como fim inevitável de uma vida vivida tão bem quanto soubemos vivê-la. Em suma, significa aceitar imperfeição no *self*, nos pais e na vida. (Essa definição de *sabedoria* como importante recurso psicológico é diferente das definições basicamente cognitivas exploradas no Capítulo 17.)

As pessoas que não alcançam a aceitação sucumbem ao desespero, percebendo que o tempo é curto demais para buscar outros caminhos para a integridade do ego. Embora a integridade deva ser mais importante do que o desespero para que essa crise seja resolvida com êxito, Erikson afirmava que algum desespero é inevitável. As pessoas precisam lamentar-se - não apenas por seus próprios infortúnios e por chances perdidas, mas pela vulnerabilidade e pela transitoriedade da condição humana.

Contudo, acreditava Erikson, mesmo quando as funções corporais enfraquecem-se, as pessoas devem manter um "envolvimento vital" na sociedade. Com base nos estudos das histórias de vida das pessoas em seus 80 anos, ele concluiu que a integridade do ego depende não apenas da reflexão sobre o passado, mas também, como com Jimmy Carter,

Segundo Erikson, a integridade do ego na terceira idade requer contínua estimulação e desafio, a qual, para este escultor idoso, vem do trabalho criativo. As fontes de integridade do ego variam amplamente, desde a atividade política e os programas de boa forma até a formação de relacionamentos com os netos.



integridade do ego versus desespero

Segundo Erikson, é a oitava e última alternativa crítica do desenvolvimento psicossocial, na qual as pessoas na terceira idade ou adquirem um senso de integridade do *se/f* pela aceitação da vida que tiveram e, assim, aceitam a morte, ou cedem ao desespero porque sua vida não pode ser vivida novamente.



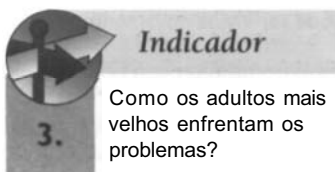
da contínua estimulação e desafio - seja através de atividade política, de programas de boa forma, de trabalho criativo, seja de relacionamento com os netos (Erikson et al., 1986). A pesquisa inspirada na teoria de Erikson sustenta a importância que homens e mulheres depositam no esforço pela integridade do ego na terceira idade (Ryff, 1982; Ryff e Baltes, 1976; Ryff e Heinicke, 1983).

George Vaillant: Fatores na Saúde Emocional

Em uma continuação do Estudo Grant com universitários de Harvard (Vaillant, 1993; Vaillant e Vaillant, 1990; ver Capítulos 14 e 16), os pesquisadores examinaram 173 homens aos 65 anos para identificar atributos de personalidade que contribuem para uma adaptação saudável ao envelhecimento. Provavelmente o fator mais significativo para uma boa adaptação emocional era a capacidade de utilizar *mecanismos adaptativos maduros* - lidar com os problemas sem culpa, amargura ou passividade. Os homens que, ao longo dos anos, não haviam acumulado injustiças, reclamado, fingido que não havia nada de errado ou tornado-se amargurados ou tendenciosos - e, portanto, podiam responder adequadamente às crises - eram os mais bem adaptados aos 65 anos.

Surpreendentemente, um casamento satisfatório, uma carreira de sucesso e uma infância livre de problemas maiores (como pobreza, morte ou divórcio dos pais) eram pouco importantes para prever boa adaptação na velhice. Mais influente era a proximidade com os irmãos em idade universitária, sugerindo uma fonte duradoura de apoio emocional. Fatores que prognosticavam má adaptação aos 65 anos incluíam problemas emocionais sérios na infância e, antes dos 50, má saúde física, depressão grave, alcoolismo e uso pesado de tranquilizantes.

Embora Erikson enfatizasse o crescimento através da realização de integridade do ego, o trabalho de Vaillant, como o de Costa e McCrae, sugere que as pessoas adaptam-se na terceira idade muito como fizeram sempre. Vamos examinar mais de perto como as pessoas fazem isso.



enfrentamento

Pensamento ou comportamento adaptativo que visa à redução ou ao alívio do estresse oriundo de condições prejudiciais, ameaçadoras ou desafiadoras.

modelo de avaliação cognitiva

Modelo de enfrentamento, proposto por Lazarus e Folkman, o qual sustenta que, com base na contínua avaliação de sua relação com o ambiente, as pessoas escolhem estratégias de enfrentamento apropriadas para lidar com situações que exigem de seus recursos normais.

enfrentamento focado no problema

No modelo de avaliação cognitiva, é a estratégia de enfrentamento dirigida à eliminação, à administração ou ao aperfeiçoamento de uma condição estressante. Compare com *enfrentamento focado na emoção*.

Modos de Enfrentamento

Sua saúde pode não ser mais a mesma, eles perderam velhos amigos e familiares - muitas vezes, os cônjuges - e provavelmente não ganham tanto dinheiro quanto no passado. Suas vidas vão se transformando de inúmeras formas estressantes. Em geral, contudo, os adultos mais velhos possuem menos transtornos mentais e são mais satisfeitos com a vida do que adultos mais jovens (Mroczek e Kolarz, 1998; Wykle e Musil, 1993). O que explica essa notável capacidade de enfrentamento?

Enfrentamento é o pensamento ou o comportamento adaptativo que visa a reduzir ou a aliviar o estresse oriundo de condições prejudiciais, ameaçadoras ou desafiadoras. É um importante aspecto da saúde mental, especialmente na velhice. Vamos examinar uma abordagem corrente no estudo do enfrentamento: o modelo de avaliação cognitiva. Depois examinaremos um sistema de apoio que muitos adultos mais velhos adotam: a religião.

Modelo de Avaliação Cognitiva

No **modelo de avaliação cognitiva** (Lazarus e Folkman, 1984), as pessoas escolhem as estratégias de enfrentamento com base no modo como percebem e analisam uma situação. Ocorre enfrentamento quando uma pessoa percebe uma situação como extenuante ou como acima de seus recursos a qual, por isso, demanda esforço incomum. O enfrentamento inclui qualquer coisa que um indivíduo pensa ou faz para tentar se adaptar ao estresse, independentemente do quão bem isso funcione. Uma vez que a situação está sempre mudando, o enfrentamento é um processo dinâmico contínuo; escolher a estratégia mais apropriada exige uma contínua reavaliação da relação entre a pessoa e o ambiente (ver Figura 18-1).

As estratégias de enfrentamento podem ser ou *enfocadas no problema* ou *enfocadas na emoção*. O **enfrentamento focado no problema** visa a eliminar, administrar ou melhorar uma condição estressante. Geralmente ele predomina quando uma pessoa vê uma chance realista de mudar uma situação, como fizeram Jimmy Carter e sua esposa quando juntos avaliaram suas opções depois de perder sua tentativa de reeleição.

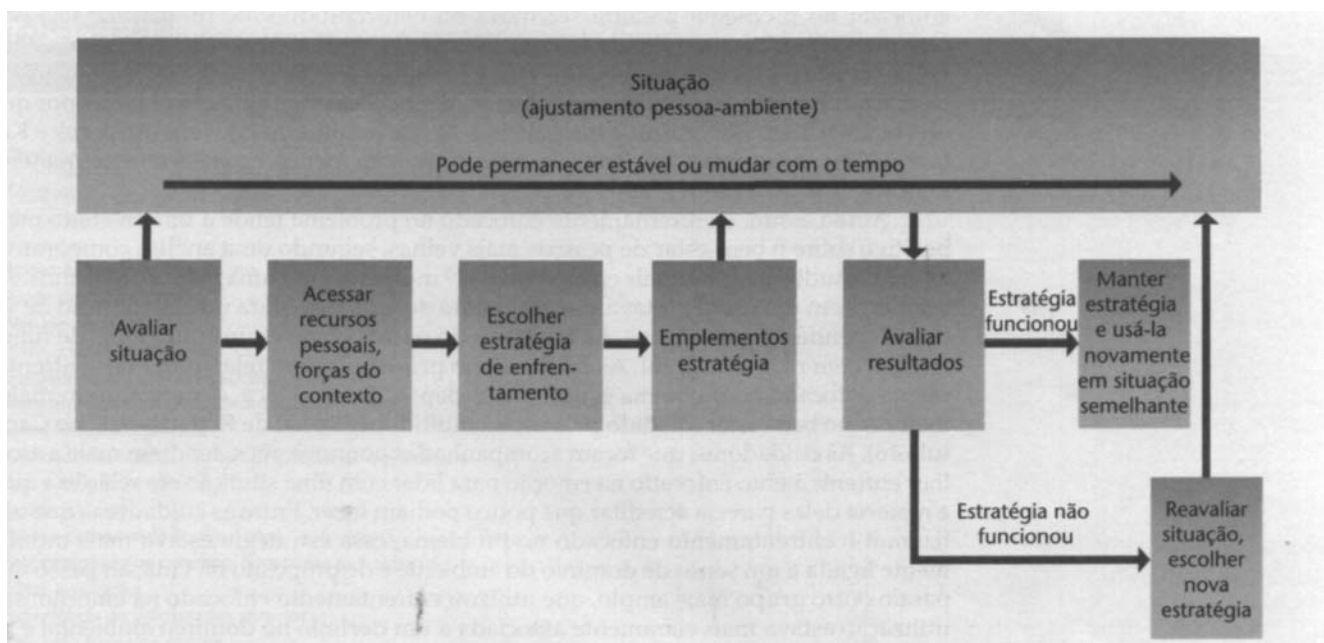


Figura 18-1

Modelo de avaliação cognitiva de enfrentamento.

(Fonte: Baseado em Lazarus e Folkman, 1984.)

O **enfrentamento focado na emoção**, às vezes chamado de *enfrentamento paliativo*, dirige-se ao "sentir-se melhor": administrar ou regular a resposta emocional a uma situação estressante para aliviar seu impacto físico ou psicológico. Essa forma de enfrentamento tende a predominar quando uma pessoa conclui que pouco ou nada pode ser feito em relação à própria situação. Uma estratégia enfocada na emoção é desviar a atenção de um problema; outra é desistir; outra ainda é negar que o problema existe. Respostas enfocadas no problema a uma série de duras repreensões de um empregador poderiam ser trabalhar com mais afinco, buscar formas de melhorar as próprias habilidades de trabalho ou procurar outro emprego. Respostas enfocadas na emoção poderiam ser recusar-se a pensar sobre as reprimendas ou convencer-se de que o chefe não pretendia ser tão crítico.

Em geral, adultos mais velhos utilizam mais enfrentamento focado na emoção do que pessoas mais jovens (Folkman, Lazarus, Pimley e Novacek, 1987; Prohaska, Leventhal, Leventhal e Keller, 1985). Será por que elas são menos capazes de se concentrar nos problemas ou porque elas são mais capazes de controlar suas emoções?

Em um estudo (Blanchard-Fields, Jahnke e Camp, 1995), 70 adolescentes, 69 jovens adultos, 74 adultos de meia-idade e 74 adultos mais velhos escreveram ensaios sobre como lidar com cada um dos 15 problemas. Os participantes, independentemente de idade, mais freqüentemente selecionavam estratégias enfocadas no problema (seja ação direta, seja análise do problema para compreendê-lo melhor). Isso se aplicava principalmente em situações que não eram altamente emocionais, como o que fazer com uma mercadoria defeituosa. As maiores diferenças de idade apareceram em problemas com implicações altamente emocionais, como a do homem divorciado que só pode ver o filho nos fins de semana, mas gostaria de vê-lo com mais freqüência. Tanto jovens como velhos eram mais inclinados a utilizar a regulação das emoções em situações desse tipo, mas os adultos mais velhos escolhiam estratégias de regulação da emoção (como não fazer nada, esperar até a criança crescer ou tentar não se preocupar com isso) com mais freqüência do que adultos mais jovens.

Ao que parece, com a idade, as pessoas desenvolvem um repertório mais flexível de estratégias de enfrentamento. Pessoas mais velhas *podem* utilizar enfrentamento focado no problema, mas também podem ser mais capazes do que pessoas mais jovens de utilizar a regulação de emoção quando a situação parece exigir isso - quando a ação

enfrentamento focado na emoção

No modelo de avaliação cognitiva, é a estratégia de enfrentamento dirigida à administração ou à regulação da resposta emocional a uma situação estressante para aliviar seu impacto físico ou psicológico; às vezes, é denominada *enfrentamento paliativo*. Compare com *enfrentamento focado no problema*.

Pense sobre isso . . .

- Que tipo de enfrentamento você tende a utilizar mais: focado na emoção ou focado no problema? Que tipo seus pais utilizam mais? Seus avós? Em que tipo de situações cada tipo de enfrentamento funciona melhor?

enfocada no problema poderia ser inútil ou contraproducente (Blanchard-Fields e Camp, 1990); Blanchard-Fields, Chen e Norris, 1997; Blanchard-Fields e Irion, 1987; Folkman e Lazarus, 1980; Labouvie-Vief, Hakim-Larson e Hobasrt, 1987). A capacidade dos adultos mais velhos de regular suas emoções pode ajudar a explicar por que eles tendem a ser mais felizes e mais alegres do que adultos mais jovens (Mroczek e Kolarz, 1998) e a experimentar emoções negativas com menos frequência e de maneira mais fugaz (Carstensen, 1999).

Ainda assim, o enfrentamento focado no problema tende a ter um efeito mais positivo sobre o bem-estar de pessoas mais velhas, segundo uma análise comparativa de dois estudos longitudinais envolvendo 449 mulheres com uma média de 70 anos. As mulheres em um estudo estavam se mudando de seus lares para uma instituição de vida independente para idosos. As mulheres do outro estudo eram cuidadoras de filhos adultos com retardo mental. As mulheres no primeiro grupo relataram mais enfrentamento focado no problema e, oito meses depois da mudança, demonstraram maior melhora no bem-estar (medido pela escala multidimensional de Ryff, descrita no Capítulo 16). As cuidadoras, que foram acompanhadas por nove anos, tendiam mais a escolher enfrentamento focado na emoção para lidar com uma situação em relação à qual a maioria delas parecia acreditar que pouco podiam fazer. Entre as cuidadoras que utilizaram o enfrentamento focado no problema, essa estratégia estava mais intimamente ligada a um senso de domínio do ambiente e de propósito na vida, ao passo que para o outro grupo mais amplo, que utilizou enfrentamento focado na emoção, sua utilização estava mais claramente associada a um declínio no domínio ambiental e na auto-aceitação e a uma maior incidência de depressão (Kling, Seltzer e Ryff, 1997).

Às vezes, o enfrentamento focado na emoção pode ser muito adaptativo, e seu uso flexível em situações apropriadas pode ser uma estratégia de enfrentamento madura. Ele pode ser especialmente útil para lidar com o que a psicoterapeuta Pauline Boss (1999) chama de *perda ambígua*: a perda de um ente querido devido ao mal de Alzheimer; a perda de uma criança por dependência de drogas; a distância da terra natal, que imigrantes idosos podem sentir durante toda a vida. Em um estudo (Diehl, Coyle e Labouvie-Vief, 1996), adolescentes e jovens adultos tendiam a responder agressivamente ao conflito, enquanto adultos mais velhos eram menos confrontativos e menos impulsivos. Pessoas de mais idade também eram mais inclinadas a se retirar do conflito ou a ver seu aspecto positivo. Talvez a experiência houvesse ensinado-as a aceitar o que não podiam mudar - lição, muitas vezes, reforçada pela religião.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever o modelo de avaliação cognitiva de enfrentamento e discutir a relação entre idade e escolha de estratégias de enfrentamento?

Religião e Bem-estar Emocional na Velhice

Entrevistadores pediram a 100 homens e mulheres brancos, de 55 a 80 anos - mais ou menos uniformemente divididos entre classe trabalhadora e classe média superior, sendo 90% deles protestantes - que descrevessem como haviam lidado com os piores acontecimentos de sua vida. As principais estratégias, citadas por 58% das mulheres e 32% dos homens, eram comportamentos associados à religião (Koenig, George e Siegler, 1988; ver Tabela 18-1). Outras pesquisas confirmam o valor de apoio que a religião desempenha para muitos idosos, como, por exemplo, Jimmy Carter. Possíveis explicações incluem apoio social, a percepção de uma medida de controle sobre a vida mediante a oração e a fé em Deus como modo de interpretar os infortúnios.

Entre 836 adultos mais velhos de dois grupos seculares e três de orientação religiosa, o ânimo estava positivamente associado a três tipos de atividade religiosa: *organizada* (frequentar e participar de igreja ou sinagoga), *informal* (rezar ou ler a Bíblia) e *espiritual* (comprometimento pessoal com crenças religiosas). As pessoas com níveis mais altos em alguma dessas dimensões apresentavam melhor ânimo e melhor atitude em relação ao envelhecimento e eram mais satisfeitas e menos solitárias (Koenig, Kvale e Ferrei, 1988).

Afro-americanos idosos são mais envolvidos em atividade religiosa do que brancos idosos, e as mulheres são mais envolvidas do que os homens (Levin e Taylor, 1993; Levin, Taylor e Chatters, 1994). Idosos negros que se sentem apoiados por sua igreja tendem a relatar níveis mais elevados de bem-estar; quanto mais ativamente religiosos, mais satisfeitos são com sua vida (Coke, 1992; Walls e Zarit, 1991).

O envolvimento religioso de praticamente qualquer tipo tem um impacto positivo sobre a saúde física e mental e sobre a longevidade. Isso é verdade independentemente de gênero, raça, etnicidade, educação e condição de saúde e pode estar em par-

Tabela 18-1 Estratégias de Enfrentamento de Regulação de Emoções Espontaneamente Mencionadas por Adultos Mais Velhos

Ordem de Classificação	Frequência de Menção	
	Número	%
Religioso	97	17,4
Manter-se ocupado	84	15,1
Aceitação	63	11,3
Apoio da família e dos amigos	62	11,1
Ajuda de profissional	34	6,1
Atitude positiva	31	5,6
Viver um dia de cada vez	29	5,2
Envolver-se em atividade sociais	19	3,4
Planejamento e preparação antecipados	15	2,7
Comunicação otimizada	13	2,3
Atividades limitadas; não se comprometer em demasia	11	2,0
Busca de informação	8	1,4
Exercício físico	8	1,4
Ajudar outros mais necessitados	7	1,3
Percepção de que o tempo cura todas as feridas	7	1,3
Evitar a situação	6	1,1
Experiência de dificuldades anteriores	5	0,9
Agir pelo bem dos outros	5	0,9
Ingestão de álcool, tranqüilizantes	5	0,9
Agir como de costume	4	0,7
Tirar férias	3	0,5
Percepção de outros na mesma ou em pior situação	3	0,5
Liberção de emoção (chorar ou praguejar)	3	0,5
Expectativas reduzidas ou desvalorização	3	0,5
Diversos	31	5,6
Totais	556	100,6

Nota: 100 adultos mais velhos descreveram 556 comportamentos de enfrentamento para 289 experiências estressantes. Os percentuais somam mais do que 100 devido ao arredondamento.

Fonte: Koenig, George e Siegler, 1988, p. 306.

te relacionado com a disponibilidade de apoio social em época de necessidade (Ellison e Levin, 1998; Koenig, George e Peterson, 1998; McFadden e Levin, 1996; Mitka, 1998).

As pessoas com o maior ou com o menor comprometimento religioso tendem a ter auto-estima mais elevada (Krause, 1995). É possível, como sugeriu Fowler (1981) (ver Capítulo 13), que os benefícios emocionais não-religiosos que as pessoas obtêm do forte comprometimento com valores seculares sejam semelhantes aos benefícios religiosos que as pessoas obtêm com uma forte crença em Deus. Ou é possível que a auto-estima das pessoas seja mais alta quando seu comportamento é coerente com suas crenças, quaisquer que sejam elas.

Modelos de Envelhecimento "Bem-Sucedido" ou "Ideal"

Os pesquisadores discordam sobre como definir e medir o *envelhecimento bem-sucedido* ou *ideal*. Alguns deles se concentram em critérios como funcionamento cardiovascular, desempenho cognitivo e saúde mental, sobre os quais há consenso quanto aos resultados desejáveis. Entretanto, o todo pode não ser igual à soma de suas partes: um coração forte, um vocabulário amplo e a ausência de depressão não indicam necessariamente êxito no viver. Outros pesquisadores consideram que a produtividade econômica ou de outro tipo como importante critério para uma vida significativa ou saudável. Outros, por sua vez, examinam a longevidade, que pode ser um sinal de saúde física e mental.

Outra abordagem é examinar a experiência subjetiva: quão bem os indivíduos realizam suas metas e o quão satisfeitos estão com sua vida. Um modelo, por exemplo, enfatiza o grau de controle que as pessoas conservam: sua capacidade de moldar sua vida para atender às suas necessidades e otimizar seu desenvolvimento (Schulz e Hec-

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir como a religiosidade contribui para o bem-estar na terceira idade?



Indicador

Envelhecer bem: isso existe? Em caso afirmativo, como isso pode ser definido e medido?

khausen, 1996). Em um estudo, as pessoas relataram mais sentimentos de controle sobre seu trabalho, suas finanças e seus casamentos à medida que envelheciam, mas menos controle sobre sua vida sexual e seus relacionamentos com crianças (Lachman e Weaver, 1998). O problema com esse tipo de critério é que eles não se prestam à medição precisa. Além disso, essa pesquisa pode ter pouco a dizer que possa ser generalizado além do indivíduo.

Todas as definições de *envelhecimento bem-sucedido* ou *ideal* são carregadas de valor - inevitavelmente. Sem esquecer esse problema, vamos agora examinar a teoria e a pesquisa sobre envelhecer bem.

teoria do desengajamento

Teoria do envelhecimento, proposta por Cumming e Henry, que sustenta que o envelhecimento bem-sucedido caracteriza-se pelo mútuo afastamento entre o idoso e a sociedade. Compare com *teoria da atividade*.

teoria da atividade

Teoria do envelhecimento, proposta por Neugarten e outros, que sustenta que, para envelhecer bem, uma pessoa deve permanecer tão ativa quanto possível. Compare com *teor/o do desengajamento*.

Teoria do Desengajamento *versus* Teoria da Atividade

Quem está tendo uma adaptação mais saudável: uma pessoa que tranquilamente vê a vida passar de uma cadeira de balanço, ou outra que se mantém ocupada da manhã à noite? Segundo a **teoria do desengajamento**, envelhecer geralmente causa uma redução gradual no envolvimento social e uma maior preocupação consigo mesmo. Segundo a **teoria da atividade**, quanto mais ativas as pessoas se mantêm, melhor elas envelhecem.

A *teoria do desengajamento* foi uma das primeiras teorias mais influentes na gerontologia. Seus proponentes (Cumming e Henry, 1961) consideravam o desengajamento como uma condição universal do envelhecimento. Defendiam que declínios no funcionamento físico e a consciência da proximidade da morte resultam em uma retirada gradual inevitável dos papéis sociais (trabalhador, cônjuge, progenitor) e, uma vez que a sociedade deixa de oferecer papéis úteis para o adulto mais velho, o desengajamento é mútuo. Acredita-se que o desengajamento é acompanhado (como sugeriu Jung) pela introspecção e pelo apaziguamento das emoções.

Depois de quase quatro décadas, a teoria do desengajamento recebeu pouco apoio da pesquisa independente e "praticamente desapareceu da literatura empírica" (Achenbaum e Bengtson, 1994, p. 756). David Gutmann (1974, 1977, 1992) alega que o que se *parece* desengajamento nas culturas tradicionais é apenas uma transição entre os papéis ativos da meia-idade e os papéis mais passivos e espirituais da terceira idade e que o verdadeiro desengajamento ocorre somente em sociedades nas quais os idosos não possuem papéis estabelecidos adequados a sua etapa de vida. O resultado pode ser uma satisfação com a vida aquém da ideal e a subutilização do potencial humano.

Segundo a *teoria da atividade*, os papéis adultos são fontes importantes de satisfação; quanto maior a perda dos papéis devido à aposentadoria, à viuvez, à distância dos filhos ou à enfermidade, menos satisfeita será uma pessoa. As pessoas que estão envelhecendo bem mantêm o máximo possível de atividades e encontram substitutos para papéis perdidos (Neugarten, Havinghurst e Tobin, 1968). Para alguns adultos mais velhos, mesmo uma atividade comum, como caminhar no *shopping*, se realizada regularmente, pode servir não apenas como uma forma de exercício, mas também como um substituto para o senso de propósito, de afiliação, de contato social e de autodisciplina anteriormente obtidos com o trabalho remunerado (Duncan, Travis e McAuley, 1995). A pesquisa sobre a *hipótese do engajamento* (ver Capítulo 17) sugere que o envolvimento em atividades desafiadoras e os papéis sociais promovem a retenção das habilidades cognitivas e podem ter efeitos positivos sobre a saúde e sobre a adaptação social.

A teoria da atividade tem sido influente, mas, pelo menos como originalmente formulada, ela costuma ser considerada excessivamente simplista. Nas primeiras pesquisas, (Neugarten et al., 1968), a atividade geralmente estava associada à satisfação. Entretanto, algumas pessoas desengajadas também eram bem-adaptadas. Esse achado sugere que, embora a atividade possa funcionar melhor para a maioria das pessoas, o desengajamento pode ser apropriado para alguns, e que generalizações sobre um determinado padrão de "envelhecimento bem-sucedido" podem ser arriscadas. Para algumas pessoas, em algu-



A escritora Betty Friedan, cujo livro *The feminine mystique*, publicado em 1963, é reconhecido como lançador do movimento de mulheres nos Estados Unidos, é um exemplo de envelhecimento bem-sucedido como descrito pela teoria da atividade. Aos 60 anos, Friedan participou da primeira expedição de sobrevivência no estrangeiro para pessoas com mais de 55 anos. Aos 70 anos, ensinava nas Universidades da Califórnia e de Nova York e, em 1993, publicou outro *best-seller*, *The fountain of age*.

mas circunstâncias, o acúmulo de papéis pode melhorar a saúde e o bem-estar; para outras, o resultado pode ser pressão de papéis e má saúde (Moen, Dempster-McClain e Williams, 1992; Musick, Herzog e House, 1999).

Além disso, a maioria das pesquisas sobre a teoria da atividade tem sido, por necessidade, correlacionais. Caso uma relação entre os níveis de atividade e de envelhecimento bem-sucedido fossem encontradas, isso não revelaria se as pessoas envelhecem bem porque são ativas ou se as pessoas permanecem ativas porque estão envelhecendo bem (Musick et al., 1999).

Muitas pesquisas constataram que pessoas mais velhas saudáveis realmente *tendem* a reduzir os contatos sociais e que a atividade em e por si mesma tem pouca relação com o bem-estar psicológico ou com a satisfação com a vida (Carstensen, 1995, 1996; Lemon, Bengtson e Peterson, 1972). Contudo, a teoria da atividade ainda não foi descartada (Marshall, 1994). Uma nova concepção é a de que as atividades, de fato, afetam o bem-estar - não tanto através dos papéis sociais, mas também através de seu impacto sobre o senso de auto-eficácia, de domínio e de controle (Herzog, Franks, Markus e Holmberg, 1998). Alguns gerontologistas procuraram refinar a teoria da atividade pela comparação dos níveis de atividade passados e presentes. Outros afirmam que o tipo ou o conteúdo da atividade faz diferença.

Teoria da Continuidade

A **teoria da continuidade**, como descrita pelo gerontologista Robert Atchley (1989), enfatiza a necessidade de as pessoas manterem uma ligação entre o passado e o presente. Nessa concepção, a atividade é importante não por si mesma, mas por representar a continuação de um estilo de vida. Para adultos mais velhos que sempre foram ativos e envolvidos, pode ser importante manter um alto nível de atividade. Muitos aposentados são mais felizes perseguindo atividades profissionais ou de lazer semelhantes às que desfrutavam no passado (Kelly, 1994). As mulheres que costumavam estar envolvidas em múltiplos papéis (como o de esposa, o de mãe, o de trabalhadora e o de voluntária) tendem a continuar tendo múltiplos papéis e a colher os benefícios à medida que envelhecem (Moen et al., 1992). Por outro lado, pessoas menos ativas podem se sair melhor na proverbial cadeira de balanço.

Quando o envelhecimento provoca marcadas mudanças físicas ou cognitivas, uma pessoa pode tornar-se dependente ou pode ter que fazer novos arranjos de vida. O apoio da família, dos amigos ou de serviços comunitários pode ajudar a minimizar a descontinuidade. A teoria da continuidade, portanto, oferece um motivo para manter adultos mais velhos fora de instituições e na comunidade e para ajudá-los a viver da maneira mais independente possível.

O Papel da Produtividade

Alguns pesquisadores concentram-se na atividade produtiva, seja ou não ela remunerada, como o segredo para um bom envelhecimento. Um estudo (Glass, Seeman, Herzog, Kahn e Berkman, 1995) comparou quase 1.200 homens e mulheres de 70 a 79 anos, que apresentaram alto funcionamento físico e cognitivo ("envelhecedores bem-sucedidos"), com 162 adultos de funcionamento médio ou baixo na mesma faixa etária ("envelhecedores usuais"). Quase todos os "envelhecedores bem-sucedidos" e mais de 9 de cada 10 "envelhecedores usuais" estavam envolvidos em algum tipo de atividade produtiva, mas os "envelhecedores bem-sucedidos" eram muito mais produtivos. Em média, faziam um terço a mais de tarefas domésticas do que os "envelhecedores usuais", mais do que o dobro de atividades no pátio, mais de três vezes atividade remunerada e quase quatro vezes mais trabalho voluntário.

Três anos depois, quando entrevistados novamente, 15% dos "envelhecedores bem-sucedidos" haviam se tornado menos produtivos, mas 13% haviam se tornado mais produtivos. As pessoas que originalmente haviam sido mais satisfeitas com sua vida eram mais propensas a ter aumentado de produtividade, assim como as pessoas que apresentaram ganhos no domínio pessoal. Essa pesquisa apóia a idéia de que a atividade produtiva desempenha um papel importante no envelhecimento "bem-sucedido" e de que pessoas mais velhas podem não apenas continuar a serem produtivas, como também podem tornar-se ainda mais produtivas.

Por outro lado, a participação freqüente em atividades de *lazer* pode ser tão benéfica à saúde e ao bem-estar quanto a participação freqüente em atividades produtivas.

teoria da continuidade

Teoria do envelhecimento, descrita por Atchley, que afirma que, para envelhecer bem, as pessoas precisam manter um equilíbrio entre a continuidade e a mudança nas estruturas interna e externa de sua vida.

VERIFICADOR**Você é capaz de ...**

- ✓ Comparar duas formas utilizadas pelos pesquisadores para tentar medir o envelhecimento bem-sucedido ou ideal e assinalar as desvantagens de cada método?
- ✓ Comparar a teoria do desengajamento, a teoria da atividade, a teoria da continuidade e o envelhecimento produtivo?
- ✓ Dar exemplos de como o conceito de Baltes de otimização seletiva com compensação aplica-se ao envelhecimento bem-sucedido no domínio psicossocial?

Pense sobre isso ...

- Você está satisfeito com as definições de envelhecimento "bem-sucedido" (ou "ideal") apresentadas nesta seção? Por que sim ou por que não?

É possível que *qualquer* atividade regular que expresse e realce algum aspecto do *self* possa contribuir para o envelhecimento "bem-sucedido" (Herzog et al., 1998). Entre 2.761 habitantes mais velhos de New Haven, tanto a atividade produtiva como a atividade social sedentária eram tão eficazes quanto o exercício físico na redução da mortalidade (Glass, de Leon, Marottoli e Berkman, 1999).

Otimização Seletiva com Compensação

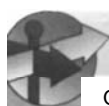
Segundo Baltes e colaboradores (Marsiske, Lange, Baltes e Baltes, 1995), o envelhecimento "bem-sucedido" depende de haver metas para orientar o desenvolvimento e os recursos que tornem essas metas potencialmente realizáveis. Em idade avançada - na verdade, durante toda a vida, dizem esses investigadores - isso ocorre através de *otimização seletiva com compensação*.

Segundo esses conceito, introduzido no Capítulo 17, o cérebro em envelhecimento compensa as perdas em determinadas áreas ou pela "otimização" seletiva ou pelo aproveitamento ao máximo das outras habilidades. Por exemplo, o célebre pianista Arthur Rubinstein, que deu seu último concerto aos 89 anos de idade, compensava as perdas de memória e as perdas motoras mantendo um repertório menor, praticando por mais tempo todos os dias e tocando mais lentamente antes de movimentos rápidos (que ele não era mais capaz de tocar em velocidade máxima) para aumentar o contraste (Baltes e Baltes, 1990).

O mesmo princípio aplica-se ao desenvolvimento psicossocial. Como vimos, adultos mais velhos, muitas vezes, podem ser mais flexíveis do que adultos mais jovens na seleção de estratégias de enfrentamento e, desse modo, podem otimizar o bem-estar diante de problemas opressores intratáveis. Sua maior capacidade de tirar proveito de estratégias enfocadas na emoção pode compensar a perda de controle sobre algumas áreas de sua vida. Além disso, como a *teoria da seletividade socioemocional* de Laura Carstensen (1991, 1995, 1996) sugere, as pessoas tornam-se mais seletivas em relação aos contatos sociais à medida que envelhecem, mantendo contato com pessoas que melhor podem satisfazer suas necessidades correntes de satisfação emocional. Esses contatos significativos podem ajudar pessoas mais velhas a compensar o estreitamento das possibilidades em sua vida. Como na teoria de avaliação cognitiva, a avaliação de recursos disponíveis é importante para essas e outras adaptações (Baltes et al., 1998).

A discussão sobre o que constitui envelhecimento "bem-sucedido" ou "ideal" está longe de resolvida e talvez nunca se resolva. Mas uma coisa é certa: as pessoas são muito diferentes quanto aos modos como podem viver e vivem - e desejam viver - os anos mais avançados da vida.

Questões de Estilo de Vida e Questões Sociais Relacionadas ao Envelhecimento

**Indicador****5.**

Quais são algumas das questões relativas ao trabalho e à aposentadoria na terceira idade e como adultos mais velhos lidam com o tempo e com o dinheiro?

"Eu jamais vou me aposentar!", escreveu o comediante George Burns (1983, p. 138) aos 87 anos. Burns, que continuou atuando até dois anos antes de sua morte aos 100 anos, era um entre os muitos realizadores em idade avançada que mantiveram a mente e o corpo em atividade fazendo um trabalho que amavam.

Se e quando se aposentar estão entre as decisões de estilo de vida mais cruciais que as pessoas fazem à medida que se aproximam da terceira idade. Essas decisões afetam sua situação financeira e seu estado emocional, assim como o modo como despendem seu tempo e como se relacionam com a família e com os amigos. O problema de fornecer apoio financeiro para grandes números de pessoas mais velhas aposentadas também tem sérias implicações para a sociedade, especialmente à medida que a geração do pós-guerra aproxima-se da velhice. Um problema relacionado é a necessidade de esquemas de vida e de assistência adequados para pessoas mais velhas que não podem mais cuidar de si mesmas. (O Quadro 18-2 apresenta questões relacionadas ao apoio aos idosos em países asiáticos.)



Quadro 18-2 Envelhecimento no Japão

Desde 1940, a Ásia tem sido a região do mundo mais bem-sucedida na redução da fertilidade. Ao mesmo tempo, padrões de vida mais altos, melhor saneamento e programas de imunização prolongaram o ciclo de vida adulta (Martin, 1988). Resultado: poucos jovens para cuidar dos velhos.

No Japão, a sociedade industrial que envelhece mais rapidamente, uma pessoa a cada seis hoje tem mais de 65 anos, sendo responsável por quase a metade das despesas totais daquele país em assistência à saúde patrocinada pelo governo. Em 2025, o Japão terá duas vezes mais adultos mais velhos do que crianças, as reservas para aposentadoria provavelmente estarão esgotadas, e o ônus da previdência social - sobretudo para custos com aposentadoria e assistência à saúde para os idosos - pode consumir aproximadamente três quartos da receita nacional (WuDunn, 1997).

O sistema de aposentadoria japonês é um sistema de remuneração semelhante ao da seguridade social nos Estados Unidos e sofre de problemas semelhantes. Todos são obrigados a participar e a pagar um mínimo básico ao fundo. Mas muitos profissionais autônomos não fazem as contribuições requeridas porque não acreditam mais no sistema. Muitas pessoas também participam de planos corporativos, mas, com o colapso da bolsa de valores no início dos anos 1990, muitos desses planos foram à falência ou estão sem recursos. Os aposentados de hoje, muitos dos quais adotaram fundos de aposentadoria tarde em sua vida mas recebem benefícios integrais, estão vivendo bem. O problema virá quando pessoas mais jovens, que hoje estão subsidiando os idosos, estiverem prontas para se aposentar. Como nos Estados Unidos, o governo japonês pretende gradualmente aumentar a idade de aposentadoria (hoje de 60 anos no Japão). Também se fala em reduzir os benefícios em um quinto. Profissionais de meia-idade preocupam-se com essa hipótese porque não podem contar com pensões suficientes quando se aposentarem (WuDunn, 1997).

Em toda a Ásia, uma grande proporção de pessoas mais velhas vivem com seus filhos, mas esse padrão é menos comum do que costumava ser. No Japão, apenas 55% dos idosos viviam com filhos adultos em 1994, comparado com mais de 80% em 1957. Juntamente com a variação no equilíbrio entre velhos e jovens, tendências como a urbanização, a migração e uma maior proporção de mulheres na força de trabalho tornam o cuidado de parentes idosos menos praticável. Para deter o desgaste na assistência familiar, o Japão tornou legalmente obrigatório cuidar de parentes idosos e oferece reduções nos impostos para aqueles que dão auxílio financeiro a parentes mais velhos (Martin, 1988; Oshima, 1996).



Lares com múltiplas gerações como este estão se tornando menos comuns no Japão. Lá, como no ocidente, a migração para as cidades e o ingresso das mulheres na força de trabalho fazem com que cuidar de parentes idosos em casa seja mais difícil do que no passado.

A internação é vista como uma última alternativa para aqueles que não possuem recursos ou não têm família. Mas, com o tempo, a explosão da população de idosos irá superar a assistência baseada na família. Desde 1990, já houve um aumento de 10 vezes no número de lares de assistência, de hospitais e de outras instituições que atendem áreas remotas (Nishio, 1994), mas os 3 mil lares de assistência daquele país só podem receber os acamados ou as pessoas com demência, e 60 mil pessoas estão nas listas de espera (Oshima, 1996). Ao mesmo tempo, um programa para expandir serviços a domicílio e assistência institucional através de governos locais está fracassando por falta de fundos (Oshima, 1996).

A maioria dos japoneses, como a maioria dos outros asiáticos, quer ajudar as pessoas de mais idade a permanecer independentes e produtivas tanto quanto possível e, quando elas realmente precisarem de assistência, ajudar suas famílias a cuidar delas. Satisfazer essas metas é um desafio difícil.

Trabalho, Aposentadoria e Lazer

Aposentar-se é uma idéia relativamente nova; surgiu em muitos países industrializados durante o final do século XIX e início do século XX à medida que a expectativa de vida aumentou. Nos Estados Unidos, a depressão econômica dos anos de 1930 foi o ímpeto para o sistema de seguro social, que, juntamente com planos de aposentadoria patrocinados por empresas negociados pelos sindicatos, tornou possível para muitos profissionais se aposentarem-se com segurança financeira. Posteriormente, a aposentadoria obrigatória aos 65 anos tornou-se quase universal.

Hoje, a aposentadoria compulsória foi praticamente proscrita como uma forma de discriminação etária. Os adultos possuem muitas escolhas, entre elas aposentar-se precocemente, aposentar-se em uma carreira ou cargo para começar outro, trabalhar em turno parcial para se manter ocupado ou para suplementar a renda, para voltar a estudar, para fazer trabalho voluntário, para perseguir outros interesses de lazer - ou nunca se aposentar.

A Idade Afeta o Desempenho no Trabalho?

Os profissionais mais velhos, muitas vezes, são mais produtivos do que profissionais mais jovens. Embora possam trabalhar mais lentamente do que pessoas mais jovens, são mais precisos no que fazem (Czaja e Sharit, 1998; Slathouse e Maurer, 1996; Treas, 1995). Profissionais mais velhos tendem a ser mais confiáveis, cuidadosos, responsáveis e econômicos com o tempo e com os materiais do que profissionais mais jovens, e suas sugestões tendem a ser mais aceitas (Forteza e Prieto, 1994; Warr, 1994).

Nos Estados Unidos a Lei de Discriminação Etária no Emprego protege a maioria das pessoas de 40 anos ou mais de serem recusadas para um emprego, despedidas, serem menos remuneradas ou forçadas a se aposentar por causa da idade. Essa lei, que se aplica a empresas com 20 ou mais funcionários, eliminou algumas práticas ostensivas, como anúncios de emprego que especificam "idade de 25 a 35". Mesmo assim, muitos empregadores exercem pressões sutis sobre funcionários mais velhos (Landy, 1994).

Poderosa munição para profissionais mais velhos que lutam contra estereótipos de idade foi fornecida por um estudo abrangente realizado por uma força-tarefa interdisciplinar comissionada pelo congresso norte-americano (Landy, 1992, 1994). O estudo constatou que a idade, em e por si mesma, não prognostica o desempenho no emprego. A força-tarefa passou quase dois anos pesquisando mais de 5 mil artigos de pesquisa e coletando dados de mais de 500 cidades. As principais descobertas foram que (1) o bem-estar físico e as capacidades mentais variam cada vez mais com a idade e diferem mais dentro das faixas etárias do que entre elas, e (2) testes de capacidades psicológicas, físicas e perceptual-motoras específicas podem prognosticar o desempenho no trabalho muito melhor do que a idade.

Tendências no Trabalho e na Aposentadoria na Terceira Idade

Mesmo sem aposentadoria obrigatória, a maioria das pessoas que *podem* aposentar-se se aposentam, e, com a crescente longevidade, passam mais tempo na aposentadoria do que no passado (Kinsella e Gist, 1995). Em países industrializados, os idosos ativos variam de apenas 3% dos adultos mais velhos na Alemanha até 28% no Japão (Commonwealth Fund, 1992). Nos Estados Unidos, cerca de 16% dos homens mais velhos e 8% das mulheres mais velhas estavam na força de trabalho em 1998 (AARP, 1999). O padrão é muito diferente na maiorias dos países em desenvolvimento, onde muitos adultos mais velhos continuam trabalhando por salário (Ferraro e Su, 1999; Kaiser, 1993).

Apesar de um declínio geral na participação na força de trabalho por parte de pessoas mais velhas nas sociedades industrializadas, a participação de mulheres mais velhas permaneceu estável ou até se expandiu. Assim, embora homens mais velhos ainda formem uma proporção muito maior da força de trabalho, a proporção de profissionais mais velhos do sexo feminino está aumentando, e isso também está acontecendo em muitos países em desenvolvimento. Uma vez que muitas mulheres mais velhas em todo o mundo servem de cuidadores de pais enfraquecidos muito velhos, essa tendência possui sérias consequências sociais (Kinsella e Gist, 1995).

Programas de aposentadoria públicos e privados e outros incentivos para abrir caminho para profissionais mais jovens, como disponibilidade dos benefícios de seguridade social (em nível reduzido) aos 62 anos, contribuíram para uma tendência para a

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Citar as descobertas sobre a relação entre o envelhecimento e as habilidades de trabalho?

aposentadoria precoce nos Estados Unidos, assim como em muitos países industrializados (Kinsella e Gist, 1995). Para pessoas nascidas depois de 1937, a idade de direito aos plenos benefícios da seguridade social deve aumentar gradativamente de 65 para 67 anos. Essa alteração baseia-se no aumento da expectativa de vida, no decréscimo na mortalidade e nas melhorias na saúde entre adultos mais velhos (Crimmins, Reynolds e Saito, 1999).

Os homens que continuam trabalhando após os 65 anos tendem a ter melhor nível de instrução do que os que se aposentam. Têm maior probabilidade de ter boa saúde e podem ter esposas que ainda trabalham. Geralmente têm muita vontade de trabalhar, em contraste com aposentados, que geralmente não vêem o trabalho remunerado como necessário para a auto-realização (Parnes e Sommers, 1994). Homens negros mais velhos tendem menos a permanecer na força de trabalho do que homens brancos, muitas vezes, devido a problemas de saúde que os forçam a parar de trabalhar antes da idade normal de aposentadoria. Entretanto, aqueles que se mantêm saudáveis tendem a continuar trabalhando por mais tempo do que homens brancos (Gendell e Siegel, 1996; Hayward, Friedman e Chen, 1996).

O limite entre trabalho e aposentadoria não está tão claro quanto no passado. Muitas pessoas estão se aposentando adotando "empregos de transição", novos empregos de turno parcial ou de tempo integral que podem servir de ponte para uma posterior aposentadoria total. Alguns são semi-aposentados; continuam fazendo o que estavam fazendo antes, mas reduzem as horas e as responsabilidades. Um levantamento junto a 803 homens e mulheres de 50 a 75 anos constatou que 40% estavam trabalhando pela remuneração durante a aposentadoria ou pretendiam fazer isso (Peter D. Hart Research Associates, 1999).

Como Adultos mais Velhos Saem-se Financeiramente?

Até Jimmy e Rosalynn Carter tiveram que enfrentar questões financeiras após a aposentadoria. Isso ocorre com a maioria dos adultos mais velhos.

Mais de 90% dos norte-americanos mais velhos recebem benefícios de seguridade social, e cerca de dois terços dizem ter rendimentos oriundos de bens. Outras fontes de renda incluem pensões, ganhos com trabalho e assistência pública (AARP, 1999; ver Figura 18-2).

A previdência social e outros programas de governo norte-americano, como o Medicare, que garantem seguro básico à saúde para pessoas de 65 anos ou mais, permitem que os adultos mais velhos de hoje, como grupo, tenham uma situação financeira tão boa quanto adultos mais jovens e de meia-idade, e seu patrimônio líquido médio está acima da média nacional (AARP, 1995, 1999). Entre 1959 e 1997, a proporção de norte-americanos mais velhos vivendo na pobreza caiu de 35% para menos do que 11%. Mulheres mais velhas tendem mais do que homens mais velhos a viver na pobreza, e afro-americanos e americanos hispânicos mais velhos têm quase três vezes mais chances do que americanos brancos mais velhos de terem salários abaixo da linha de pobreza (Kramarow et al., 1999).

Embora atualmente menos pessoas vivam na pobreza, muitas a enfrentam em alguma época da velhice. Estima-se que 30% das pessoas de 60 anos passarão no mínimo um ano abaixo da linha de pobreza (Rank e Hirschl, 1999). Mulheres mais velhas que são solteiras, viúvas ou divorciadas apresentam maior risco de se tornarem pobres durante a aposentadoria do que mulheres casadas, que costumam contar com a pensão do marido (Burkhauser, Holden e Feaster, 1988; Kinsella e Gist, 1995; Treas, 1995). Uma vez chegando à velhice, adultos mais velhos tendem a permanecer pobres (Treas, 1995). Podem não ser mais capazes de trabalhar, e a inflação pode ter corroído suas economias e suas pensões. Pessoas enfermas ou inválidas costumam ter suas economias esgotadas em uma época em que suas despesas com tratamen-

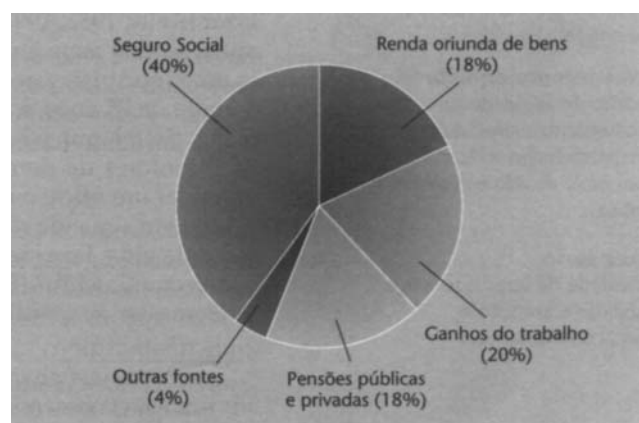


Figura 18-2

Fontes de renda de norte-americanos de 65 anos ou mais.

(Fonte: Baseado em dados do AARP, 1999.)

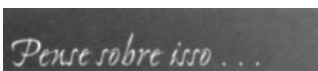
to médico estão explodindo. Algumas pessoas que vivem na pobreza obtêm auxílio de programas de assistência pública, como a Renda de Segurança Suplementar, moradia subsidiada, Medicaid e vales-refeição. Outras ou não têm direito, ou não participam desses programas, muitas vezes, por não saberem o que eles oferecem ou como se candidatar.

Como os adultos de meia-idade de hoje se sairão financeiramente durante a aposentadoria? Com o aumento da população de idosos e, proporcionalmente, menos profissionais contribuindo para o sistema de previdência social, parece provável que os benefícios (em dólares) não continuarão subindo e podem até diminuir. Quanto às aposentadorias privadas, a mudança dos planos de benefícios definidos que garantem uma renda de aposentadoria fixa, para planos de contribuição definidos mais arriscados, nos quais os benefícios dependem de retornos de fundos investidos, está tornando o futuro financeiro mais incerto para muitos trabalhadores (Rix, 1994; Treas, 1995). Mesmo assim, em uma amostra nacionalmente representativa de 2.001 homens e mulheres de 33 a 52 anos (AARP, 2000), cerca de 60% - principalmente aqueles com renda atual mais elevada - expressaram confiança em sua capacidade de se prepararem financeiramente para o futuro. Menos de metade (48%) contava com a previdência social como fonte de renda para a aposentadoria. Cerca de 60% contavam com economias e investimentos, e 68% com planos de aposentadoria autodirigidos, como o IRA e o 401 (k) *. A grande maioria (84%) pretendia trabalhar pelo menos em turno parcial. Trinta e cinco por cento previam que teriam que reduzir proporcionalmente seu estilo de vida, e 23% achavam que teriam que se esforçar para viver dentro do orçamento.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Descrever as atuais tendências no trabalho e na aposentadoria na terceira idade?
- ✓ Identificar fatores na condição econômica de adultos mais velhos?



- Em que idade você pretende se aposentar? Por quê? Como você gostaria de utilizar seu tempo se e quando se aposentar?

estilo de vida focado na família

Padrão de atividade na aposentadoria que gira em torno da família, do lar e dos companheiros. Compare com *investimento equilibrado*.

investimento equilibrado

Padrão de atividade na aposentadoria dividida entre família, trabalho e lazer. Compare com *estilo de vida focado na família*.

lazer sério

Atividade de lazer que exige habilidade, atenção e comprometimento.

A Vida Depois da Aposentadoria

A aposentadoria não apenas altera a renda da família, mas também pode causar mudanças na divisão do trabalho doméstico, na qualidade conjugal e na distribuição de poder e de tomada de decisão. É possível que agora haja mais tempo para contato com a família extensa e com os amigos e para cuidar dos netos. Nem todos esses impactos podem ser plenamente previstos. Mudanças na situação familiar, como doença ou invalidez inesperada ou problemas conjugais dos filhos adultos, podem afetar a experiência de aposentadoria (Szinovacz e Ekerdt, 1995).

Durante os primeiros anos de aposentadoria, as pessoas podem ter uma necessidade especial de apoio emocional que as faça sentirem que ainda são valorizadas e enfrentarem as mudanças em sua vida. Em um estudo longitudinal, os pesquisadores entrevistaram 253 profissionais com mais de 50 anos, retirados de uma amostra de representatividade nacional, sendo entrevistados quatro anos depois. Dos 100 que haviam se aposentado nesse interim, 25% estavam mais satisfeitos com sua vida do que antes da aposentadoria, mas 34% estavam menos satisfeitos. O fator que melhor prognosticava a satisfação era o tamanho da rede de apoio social do aposentado (Tarnowski e Antonucci, 1998).

Como os aposentados utilizam seu tempo? A condição socioeconômica pode fazer diferença. Um padrão comum, o **estilo de vida focado na família**, consiste principalmente de atividades acessíveis de baixo custo que giram em torno da família, do lar e dos companheiros: conversar, assistir à televisão, visitar a família e os amigos, entretenimento informal, jogar cartas ou apenas fazer "o que aparecer". O segundo padrão, **investimento equilibrado**, é típico de pessoas com melhor nível de instrução, que alocam seu tempo de forma mais igualitária entre família, trabalho e lazer (Kelly, 1987, 1994). Esses padrões podem mudar com a idade. Em um estudo, os aposentados mais jovens que estavam mais satisfeitos com sua qualidade de vida eram os que viajavam regularmente e que freqüentavam eventos culturais, mas, após a idade de 75 anos, a atividade baseada no lar e na família produzia mais satisfação (Kelly, Steinkamp e Kelly, 1986).

Pintores de domingo, carpinteiros amadores e outros que se esforçaram para aprender um ofício ou perseguir um forte interesse costumam fazer dessa paixão algo central em sua vida durante a aposentadoria (Mannell, 1993). Esse terceiro padrão de estilo de vida, **lazer sério**, é dominado por atividade que "exige habilidade, atenção e comprometimento" (Kelly, 1994, p. 502). Aposentados que se envolvem nesse padrão tendem a ter extraordinária satisfação com sua vida.

* N.do T.: IRA (Conta de Aposentadoria Individual): plano em que os indivíduos podem separar economias que são livres de impostos até a aposentadoria. 401(k): um plano de poupança que permite aos empregados contribuir com uma quantia fixa de renda; para uma conta de aposentadoria e adiar impostos até a retirada.



Utilizando seu tempo livre para trabalhar voluntariamente como instrutor de um aluno de uma faculdade comunitária, este aposentado está ajudando não apenas o jovem e a comunidade, como também a si mesmo. A auto-estima, obtida com o uso de habilidades adquiridas com esforço e por continuar a ser um membro útil da sociedade, é um subproduto valioso do serviço voluntário.

Desde o final da década de 1960, a proporção de adultos mais velhos que fazem trabalho voluntário (como Jimmy e Rosalynn Carter) aumentou muito (Chambre, 1993). Executivos aposentados prestam consultoria para pequenas empresas; contadores aposentados ajudam a fazer declarações de renda; companheiros de idade visitam idosos debilitados em seus lares; avós adotivos, por um pequeno salário, fornecem apoio social e emocional para crianças negligenciadas, para pais adolescentes ou para pessoas que abusam de drogas. Em uma pesquisa, 57% dos aposentados disseram que haviam feito trabalho voluntário ou de serviço comunitário durante o ano que havia passado (Peter D. Hart Research Associates, 1999). Um dos motivos para o aumento no trabalho voluntário é o reconhecimento crescente de que as pessoas mais velhas podem ser membros ativos, saudáveis e contribuintes de uma comunidade. O próprio trabalho voluntário aumentou de *status*, e a população mais velha e bem-instruída de hoje tem mais a contribuir e mais interesse em contribuir (Chambre, 1993).

Os muitos caminhos para uma aposentadoria significativa e aprazível possuem duas coisas em comum: fazer coisas satisfatórias e ter relacionamentos satisfatórios. Para a maioria das pessoas mais velhas, ambos "são uma extensão das histórias que se desenvolveram durante todo o curso de vida" (Kelly, p. 501).

Esquemas de Vida

Um número crescente de americanos em envelhecimento - mais de 80% daqueles com 50 anos ou mais, segundo pesquisas - dizem que desejam permanecer onde estão indefinidamente (AARP, 1993b, 1996). Cerca de 80% dos chefes de família mais velhos são proprietários de suas casas, e a maioria prefere permanecer ali, muitos deles até depois de enviudar (AARP, 1999; Treas, 1995).

"Envelhecer em casa" faz sentido para aqueles que podem cuidar de si mesmos ou com mínima ajuda, dispõem de renda suficiente ou hipoteca liquidada, sabem lidar com a manutenção, estão satisfeitos com o bairro e desejam ser independentes, ter privacidade e estar perto dos amigos, dos filhos adultos ou dos netos (Gonyea, Hudson e Seltzer, 1990). Uma *hipoteca inversa* pode permitir que os proprietários de uma casa vivam do lucro líquido de sua casa. Para pessoas mais velhas com comprometimentos que dificultam viverem de maneira totalmente independente, pequenos auxílios - como refeições, transporte e assistentes domésticos de saúde - muitas vezes, podem ajudá-los a não se mudar. O mesmo se aplica a rampas, corrimões e outras modificações na moradia. Adultos mais velhos que não sabem ou não querem manter uma casa, que

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Discutir como a aposentadoria pode afetar a vida familiar, a satisfação com a vida e o uso do tempo? Descrever três padrões de estilo de vida comuns durante a aposentadoria?
- ✓ Resumir as tendências no trabalho voluntário após a aposentadoria?



Indicador

Que opções de esquema de vida existem para os adultos mais velhos?

não têm família vivendo perto, que preferem um local ou um clima diferente, ou que querem viajar, podem mudar-se para casas com baixo custo de manutenção ou que exigem pouca manutenção, condomínios, apartamentos cooperativos ou alugados ou *trailers*.

Para algumas pessoas, contudo, - especialmente os muito mais velhos - os esquemas de vida podem tornar-se um problema. Três lances de escada podem ser demais. O bairro pode deteriorar-se, e idosos aparentemente indefesos podem tornar-se vítimas de jovens bandidos. Incapacidade mental ou física pode tornar impossível viver sozinho. Pessoas mais velhas vivendo em áreas afastadas podem, caso não dirijam mais, sentir-se isoladas e incapazes de atender às suas necessidades por conta própria.

A maioria das pessoas mais velhas não precisa, de muita ajuda, e aquelas que precisam, muitas vezes, podem permanecer na comunidade se tiverem pelo menos uma pessoa da qual depender. O mais importante fator que mantém as pessoas fora de internação é ser casado. Enquanto um casal tiver saúde relativamente boa, eles geralmente podem viver de forma bastante independente e cuidar um do outro. A questão dos esquemas de vida torna-se mais premente quando um deles fica fraco, doente ou inválido, ou quando um cônjuge falece. As pessoas que não estão vivendo com um cônjuge costumam obter auxílio de um filho, geralmente de uma filha. Aquelas que não podem contar com um cônjuge ou com um filho geralmente recorrem a amigos (Chappell, 1991).

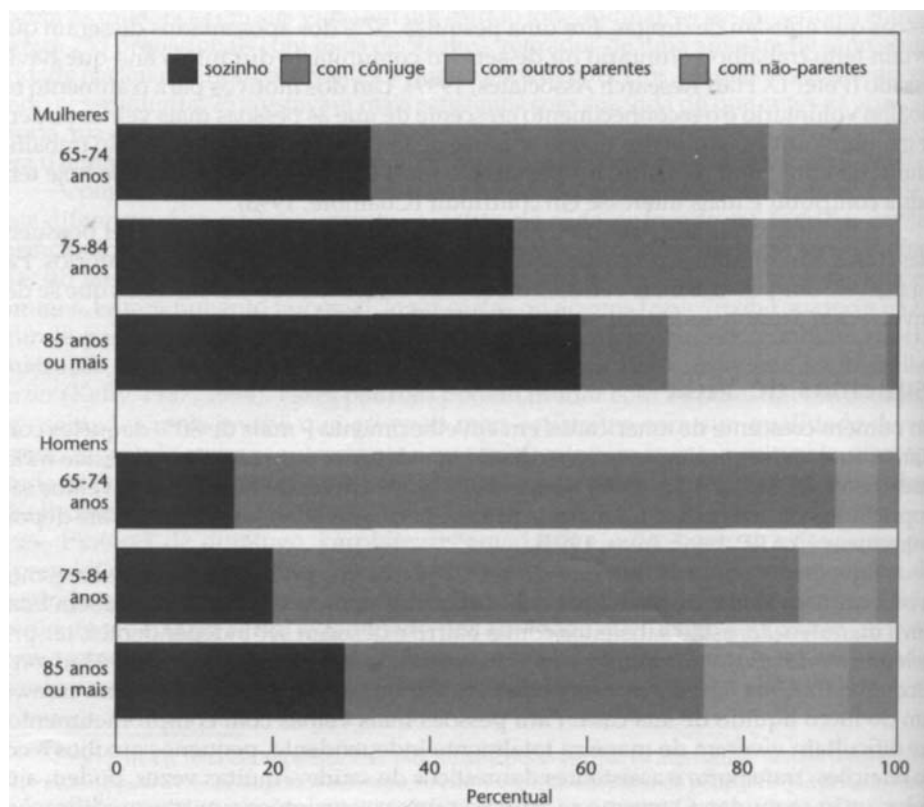
Em 1997, 96% dos norte-americanos de 65 anos ou mais viviam na comunidade, cerca de um terço deles sozinhos e quase todo o resto com o cônjuge ou outros familiares (Kramarow et al., 1999; ver Figura 18-3). Embora a saúde, as limitações físicas e outras considerações de ordem prática influenciem a escolha dos esquemas de vida, os padrões culturais também contribuem. Idosos pertencentes a minorias, de acordo com suas tradições, são mais propensos do que idosos brancos a viver com parentes em domicílios de família extensa. Uma vez que o casamento é menos comum entre afro-americanos, menos idosos negros vivem com um cônjuge (Kramarow et al., 1999).

Examinemos mais de perto dois dos esquemas de vida mais comuns para adultos mais velhos sem cônjuges - vivendo sozinhos e vivendo com filhos adultos - e depois os que vivem em instituições e em formas alternativas de moradia coletiva. Por fim, vamos discutir um problema grave para adultos mais velhos dependentes: abuso por parte de cuidadores.

Figura 18-3

Esquemas de vida de pessoas não-internadas de 65 anos ou mais, Estados Unidos, 1997. Comparado com homens e mulheres de 65 a 74 anos, um número menor daqueles de 75 anos ou mais vivem com cônjuges, e um número maior vivem sozinhos ou com filhos ou com outros parentes. Em todas as faixas etárias acima dos 65 anos, as mulheres são mais propensas do que os homens a viver sozinhas; os homens são mais propensos a viver com cônjuges.

(Fonte: Kramarow et al., 1999, Figura 2, p. 25.
Baseado em Lugaila, 1997.)



Viver Sozinho

Cerca de 80% dos adultos mais velhos que vivem sozinhos são viúvos, e quase a metade não têm filhos ou nenhum parente morando perto. São em média mais velhos e mais pobres do que idosos que vivem com outras pessoas. Contudo, costumam ter melhor saúde do que pessoas mais velhas sem cônjuges que possuem outros esquemas de vida. A maioria esmagadora valoriza sua independência e prefere ficar sozinha (Commonwealth Fund, 1986; Kramarow et al., 1999; U.S. Bureau of the Census, 1992a).

Por viverem mais tempo do que os homens e por terem maior probabilidade de ficarem viúvas, mulheres mais velhas têm pelo menos duas vezes mais chances do que homens mais velhos de viverem sozinhas, e a probabilidade aumenta com a idade. Entre os velhos mais velhos (de 85 anos ou mais), quase 60% das mulheres e 30% dos homens vivem sozinhos (Kramarow et al., 1999).

Poderia parecer que pessoas mais velhas que vivem sozinhas, principalmente os idosos mais velhos, seriam solitárias. Contudo, outros fatores, como, por exemplo, personalidade, habilidades cognitivas, saúde física e uma rede social ampla podem desempenhar um papel mais significativo na vulnerabilidade à solidão (Martin, Hagberg e Poon, 1997). Atividades sociais, como freqüentar igreja, templo ou centro para idosos, ou fazer trabalho voluntário, podem ajudar uma pessoa mais velha a permanecer ligada à comunidade (Steinbach, 1992).

Viver com Filhos Adultos

Diferentemente de pessoas mais velhas em muitas sociedades africanas, asiáticas e latino-americanas, que podem esperar viver e serem cuidadas nos lares de seus filhos, a maioria dos idosos nos Estados Unidos, mesmo aqueles em situações difíceis, não deseja isso. Eles relutam em sobrecarregar suas famílias e em abrir mão de sua própria liberdade. Pode ser inconveniente absorver uma pessoa a mais em um domicílio, e a privacidade - e os relacionamentos - de todos podem sofrer. O idoso pode sentir-se inútil, entediado e isolado dos amigos. Se o filho adulto é casado, e o casal não se dá bem, ou as obrigações de assistência tornam-se muito onerosas, o casamento pode ser ameaçado (Lund, 1993a; Shapiro, 1994).

Apesar dessas preocupações, muitos americanos mais velhos, com o avanço da idade, vivem com filhos adultos. O êxito desse esquema depende principalmente da qualidade do relacionamento que existiu no passado e da capacidade de ambas as gerações de se comunicarem de maneira plena e honesta. A decisão de que um progenitor irá se mudar para a casa de um filho adulto deve ser mútua e precisa ser ponderada cuidadosa e integralmente. Pais e filhos precisam respeitar a dignidade e a autonomia de cada um e aceitar as diferenças (Shapiro, 1994).

Viver em Instituições

A maioria das pessoas mais velhas não quer viver em instituições, e a maioria dos membros da família não quer que elas façam isso. As pessoas mais velhas, muitas vezes, sentem que a internação é um sinal de rejeição; e os filhos geralmente internam os pais com relutância, com pesar e com muita culpa. Às vezes, contudo, em função das necessidades do idoso ou da situação de uma família, a internação parece ser a única solução.

Em qualquer época que se considere, apenas cerca de 4% das pessoas com mais de 65 anos nos Estados Unidos vivem em instituições, mas a probabilidade de passar algum tempo em um lar de assistência durante a vida, mesmo que breve, apenas para convalescer, é maior. Aproximadamente a metade das mulheres e um terço dos homens que tinham 60 anos em 1990 futuramente serão internados em um lar assistencial pelo menos uma vez (AARP, 1999; Center on Elderly People Living Alone, 1995a; Treas, 1995). A probabilidade de viver em um lar assistencial aumenta com a idade - de cerca de 1% dos 65 aos 74 anos até 19% aos 85 anos ou mais (Kramarow et al., 1999).

Em maior risco de internação estão os que vivem sozinhos, os que não participam de atividades sociais, aqueles cujas atividades diárias são limitadas devido à má saúde ou à invalidez e aqueles cujos cuidadores estão sobrecarregados (McFall e Miller, 1992; Steinbach, 1992). As internações são duas vezes mais comuns entre brancos e negros do que entre americanos hispânicos e asiáticos (Himes, Hogan e Eggebeen, 1996) e são mais comuns entre afro-americanos do que entre brancos (Kramarow et al., 1999).

Pense sobre isso . . .

- Você se surpreendeu ao ler que um grande número de idosos gostam de viver sozinhos e que poucos desejam viver com seus filhos? Por que você acha que isso é assim?

Três quartos de 1,5 milhões de residentes em lares assistenciais são mulheres, em sua maioria, viúvas em seus 80 anos. Cerca de 60% são mentalmente limitadas. Quase todos (96%) precisam de ajuda para tomar banho, e quase a metade (45%) precisa de auxílio para comer (AARP, 1995; Center on Elderly People Living Alone, 1995a; Kramarow et al., 1999; Strahan, 1997).

A diferença entre assistência boa e inferior em um lar assistencial pode ser muito grande. Um bom lar assistencial tem funcionários experientes, um programa de seguro governamental adequado e uma estrutura coordenada que pode fornecer diversos níveis de assistência. Ele é alegre, seguro, limpo e atraente. Oferece atividades estimulantes e oportunidades de convivência com pessoas de ambos os Sexos e de todas as idades. Oferece privacidade - entre outros motivos, para que os residentes possam ser sexualmente ativos e possam receber familiares sem serem perturbados. Um bom lar assistencial também oferece uma gama completa de serviços sociais, terapêuticos e de reabilitação.

Um elemento essencial da boa assistência é a oportunidade de os residentes tomarem decisões e exercerem algum controle sobre sua vida. Essas medidas podem ser importantes não apenas para o bem-estar psicológico, mas também para a saúde física e para a própria vida. Entre 129 residentes de lares assistenciais intermediários, os que tinham maior auto-estima, menos depressão e maior senso de satisfação e de significado na vida tinham menor oportunidade de morrer nos quatro anos seguintes - talvez porque sua adaptação psicológica motivava-os a querer viver e a cuidar melhor de si mesmos (O'Gonnor e Vallerand, 1998).

A legislação federal norte-americana (a Lei de Reconciliação do Orçamento de 1987 e 1990) estabelece duras exigências para lares assistenciais e garante aos residentes o direito de escolher seus próprios médicos; ser plenamente informado sobre a assistência e o tratamento que recebem; não sofrer abuso físico e mental, punição corporal, isolamento involuntário e restrições físicas ou químicas. Alguns Estados treinam representantes voluntários para atuarem como advogados de residentes de lares assistenciais, explicar seus direitos e resolver suas queixas relativas a questões como privacidade, tratamento, alimentação e questões financeiras.

Devido a diferenciais entre a seguridade de saúde privada e a governamental, quase um terço dos custos de assistência recai diretamente sobre os pacientes e suas famílias. Seguro de assistência de longo prazo adquiridos na rede privada, para aqueles em condições de adquiri-los, podem cobrir parte ou todo esse custo. O Medicare custeia menos do que 9% de todas as despesas com instalações de assistência especializadas. Embora o Medicaid cubra aproximadamente a metade desses gastos, ele está disponível apenas para pessoas que praticamente esgotaram seus recursos pessoais (NCHS, 1999a). Com a emergência de serviços domésticos de assistência à saúde menos onerosos e de alternativas de moradia em grupo, a utilização de leitos em lares assistenciais diminuiu (Strahan, 1997).

Opções Alternativas de Moradia

Se e quando não têm condições de se arranjar sozinhas, quase 60% das pessoas com mais de 60 anos dizem que prefeririam mudar-se para instalações residenciais que oferecem alguma assistência; apenas 26% prefeririam mudar-se para a casa de parentes ou de amigos (AARP, 1996). Atualmente um conjunto emergente de opções de moradia (ver Tabela 18-2) torna possível permanecer na comunidade e obter os serviços ou a assistência necessários sem sacrificar a independência e a dignidade (Laquatra e Chi, 1998; Porcino, 1993).

Uma opção popular é o *viver assistido*, o tipo de moradia que mais se expande entre idosos nos Estados Unidos. Instalações de viver assistido permitem aos moradores manter a privacidade, a dignidade e a autonomia, além de um senso de controle sobre seu próprio espaço, ao mesmo tempo garantindo-lhes fácil acesso a serviços de assistência médica e pessoal (Citro e Hermanson, 1999).

Atualmente, menos do que 1% dos adultos mais velhos vive em moradia coletiva, mas se mais residências desse tipo estivessem disponíveis, até 50% das pessoas que de outra forma entrariam para asilos poderiam ter a possibilidade de permanecer na comunidade com custos mais baixos (Laquatra e Chi, 1998). Com o envelhecimento da população, a necessidade de todos os tipos de instalações de assistência a longo prazo deve aumentar rapidamente até 2040, quando os pertencentes à geração do pós-guerra terão 80 e 90 anos.

Pense sobre isso . . .

- Se você ficasse incapacitado, que tipo de esquema de vida você iria preferir?

Tabela 18-2 Esquemas de Moradia Coletiva para Adultos mais Velhos nos Estados Unidos

Instalação	Descrição
Hotel de aposentados	Hotel ou prédio de apartamentos remodelado para atender às necessidades de idosos independentes. Serviços típicos de hotéis (mesa telefônica, serviço de arrumadeira, central de recados) são oferecidos.
Comunidade de aposentados	Grande empreendimento independente com unidades ou adquiridas ou alugadas ou ambas. Serviços de apoio e instalações recreativas, muitas vezes, estão disponíveis.
Divisão de moradia	A moradia pode ser compartilhada informalmente por pais e filhos adultos ou entre amigos. Às vezes, agências sociais fazem o contato entre pessoas que precisam de um lugar para viver e de pessoas que possuem casa ou apartamentos com peças extras. O idoso geralmente tem um quarto particular, mas compartilha as áreas de estar, jantar e cozinha e pode trocar pequenos serviços de manutenção pelo aluguel.
Apartamento auxiliar ou moradia ECHO (oportunidade de moradia em chalé para idosos)	Unidade independente criada para que uma pessoa mais velha possa viver em uma casa remodelada para uma família ou em uma unidade portátil na área de uma casa de família - muitas vezes, mas não necessariamente, a de um filho adulto. Essas unidades oferecem privacidade, proximidade aos cuidadores e segurança.
Moradia congregada	Complexos de apartamentos ou de parques para casas móveis, para aluguel, privados ou subsidiados pelo governo, destinados a idosos. Oferecem refeições, serviços de manutenção da casa, transporte, atividades sociais e recreativas e, às vezes, assistência médica. Um tipo de moradia congregada é chamada de lar coletivo. Uma agência social que possui ou aluga uma casa reúne um pequeno número de residentes idosos e contrata auxiliares para fazer compras, cozinhar, fazer a limpeza pesada, dirigir e prestar aconselhamento. Os residentes tomam cuidado de suas próprias necessidades e assumem parte da responsabilidade pelas tarefas do dia-a-dia.
Lares com assistência	Vida semi-independente em peça ou em apartamento próprio. Semelhante à moradia congregada, mas os residentes recebem cuidados pessoais (banho, auxílio para se vestir e para se arrumar) e supervisão de proteção conforme suas necessidades e seus desejos. Lares com comida e assistência são semelhantes, mas são menores e oferecem mais cuidados pessoais e mais supervisão.
Lares adotivos	Os proprietários de uma residência com família única recebem um idoso sem parentesco e fornecem refeições, serviços domésticos e cuidados pessoais.
Comunidade de aposentadoria com cuidado constante	Moradia a longo prazo projetada para oferecer uma série completa de acomodações e de serviços para idosos abastados à medida que suas necessidades mudam. Um residente pode começar em um apartamento independente e depois mudar-se para moradia congregada com serviços de limpeza, de lavanderia e de refeições; depois a pessoa passa para uma unidade com assistência e, por fim, muda-se para uma clínica de repouso. Comunidades de assistência à vida são semelhantes, mas garantem moradia e cuidados médicos ou de enfermagem por um período específico ou pela vida toda; exigem um depósito substancial no ingresso, além de pagamentos mensais.

Fonte: Laquatra e Chi, 1998; Porcino, 1993.



Viver com assistência em uma instalação familiar com fácil acesso a serviços de saúde e serviços pessoais é uma alternativa cada vez mais comum às clínicas. Esses residentes em uma instalação de viver assistido podem manter um alto grau de autonomia, sem perder a dignidade, a privacidade e a parceria.

Maltrato de Idosos

Uma mulher de meia-idade vai de carro até a sala de emergência de um hospital em uma cidade norte-americana de porte médio. Ela tira uma senhora fragilizada (que parece um pouco confusa) do carro e coloca-a em uma cadeira de rodas, leva-a até a sala de emergência e silenciosamente deixa o hospital e vai embora, sem se identificar (Bar-nhart, 1992).

Esse "despejo" de pessoas mais velhas é uma forma de **abuso de idosos**: maltrato ou negligência de idosos dependentes ou violação de seus direitos pessoais. Estima-se que, a cada ano, de 100 a 200 mil pacientes geriátricos são abandonadas em salas de emergência em todos os Estados Unidos por cuidadores que sentiram que haviam chegado ao limite (Lund, 1993a).

Estudos nos Estados Unidos, no Canadá e na Grã-Bretanha sugerem que cerca de 3% das pessoas são maltratadas, e o número de casos relatados parece estar aumentando (Lachs e Pillemer, 1995). Pode haver 2 milhões de vítimas nos Estados Unidos a cada ano, segundo uma estimativa (AARP, 1993b). O maltrato de idosos pode ser enquadrado em quatro categorias: (1) *violência física* com intenção de causar dano; (2) *abuso psicológico ou emocional*, que pode incluir insultos e ameaças (como ameaça de abandono ou de internação); (3) *exploração material* ou apropriação indevida de dinheiro ou de propriedade; (4) *negligência*, que é o não-atendimento, intencional ou não, das necessidades de uma pessoa idosa (Lachs e Pillemer, 1995). A violência física pode ser menos comum do que geralmente se pensa; já a exploração financeira é provavelmente mais comum do que se pensa (Bengtson, Rosenthal e Burton, 1996). A Associação Americana de Medicina (1992) acrescentou uma quinta categoria: *violação de direitos pessoais*, por exemplo, o direito do idoso à privacidade e à tomada de suas próprias decisões pessoais e de saúde.

Contrário à crença popular, a maioria do abuso de idosos *não* ocorre em instituições, onde existem leis e regulamentação para impedi-lo. O abuso costuma acontecer com idosos fragilizados ou dementes que vivem com cônjuges ou com os filhos. O praticante do abuso tende a ser o cônjuge, pois mais pessoas de idade vivem com cônjuges (Lachs e Pillemer, 1995; Paveza et al., 1992; Pillemer e Finkelhor, 1988). Muitas vezes, o abuso de uma esposa idosa é a continuação do abuso que ocorria durante todo o casamento (Bengtson et al., 1996). A negligência por cuidadores da família geralmente não é intencional; muitos não sabem prestar auxílio adequado ou também sofrem de problemas de saúde.

O abuso de idosos deve ser reconhecido como um tipo de violência doméstica. A maior parte do abuso físico pode ser resolvida com aconselhamento ou com outros serviços (AARP, 1993a). Os abusadores precisam de tratamento para reconhecer o que estão fazendo e de assistência para reduzir o estresse daquele que cuida do idoso. Grupos de auto-ajuda podem ajudar as vítimas a reconhecer o que está acontecendo, a reconhecer que não precisam tolerar o maltrato e a descobrir como detê-lo ou como afastar-se dele.

Uma vez que as necessidades e os direitos humanos dos idosos tornaram-se uma preocupação internacional, a Assembléia Geral das Nações Unidas adotou em 1991 um conjunto de Princípios para Pessoas Mais Velhas. Eles abrangem direitos à independência, à participação na sociedade, à assistência e a oportunidades de auto-realização (ver Tabela 18-3). A Assembléia Geral declarou 1999 como o Ano Internacional dos Idosos, com ênfase na implementação desses princípios.

abuso de idosos

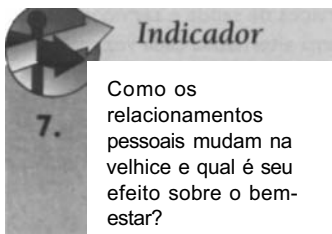
Maltrato ou negligência de idosos dependentes ou violação de seus direitos pessoais.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Comparar os diversos tipos de esquemas de vida para adultos mais velhos, sua relativa prevalência e suas vantagens e desvantagens?
- ✓ Identificar cinco tipos de abuso de idosos, dar exemplos de cada um e dizer onde e por quem o abuso tem maior probabilidade de ocorrer?
- ✓ Relacionar diversos princípios internacionalmente adotados com relação aos direitos e às necessidades de adultos mais velhos?

Relacionamentos Pessoais na Terceira Idade



A vida da maioria das pessoas mais velhas é enriquecida pela presença de amigos antigos e familiares que desempenham um papel importante em sua vida. Ainda que adultos mais velhos possam ver as pessoas com menos frequência, os relacionamentos pessoais continuam sendo importantes - talvez ainda mais do que antes (Antonucci e Akizawa, 1995; Carstensen, 1995; Johnson e Troll, 1992).

Tabela 18-3 Princípios das Nações Unidas para Pessoas mais Velhas

Independência	Participação
Pessoas mais velhas devem ter acesso a alimentos, à água, à moradia, a vestuário e à assistência médica através da provisão de salário, do apoio da família e da comunidade ou de ajuda própria. Pessoas mais velhas devem ter oportunidade de trabalhar ou de ter acesso a outras oportunidades geradoras de renda. Pessoas mais velhas devem ser capazes de participar na determinação de quando e em que ritmo ocorrerá sua retirada da força de trabalho. Pessoas mais velhas devem ter acesso a programas educacionais e de treinamento apropriados. Pessoas mais velhas devem poder viver em ambientes que sejam seguros e adaptáveis às preferências pessoais e às mudanças nas capacidades. Pessoas mais velhas devem poder residir em casa pelo tempo que for possível.	Pessoas mais velhas devem permanecer integradas à sociedade, participar ativamente na formulação e na implementação de políticas que afetam diretamente seu bem-estar e compartilhar seu conhecimento e suas habilidades com as gerações mais jovens. Pessoas mais velhas devem ser capazes de buscar e de desenvolver oportunidades de serviço à comunidade e de servir como voluntárias em cargos apropriados para seus interesses e para suas capacidades. Pessoas mais velhas devem ser capazes de formar movimentos ou associações de idosos.
Assistência	Auto-realização
Pessoas mais velhas devem beneficiar-se da assistência e da proteção da comunidade de acordo com o sistema de valores culturais de casa sociedade. Pessoas mais velhas devem ter acesso à assistência médica que lhes ajude a manter ou a recuperar o nível ideal de bem-estar físico, mental e emocional e a prevenir e retardar o aparecimento de doenças. Pessoas mais velhas devem ter acesso a serviços sociais e legais para aumentarem sua autonomia, sua proteção e sua assistência. Pessoas mais velhas devem ser capazes de utilizar níveis apropriados de assistência institucional que ofereça proteção, reabilitação e estimulação social e mental em um ambiente humano e seguro. Pessoas mais velhas devem ser capazes de desfrutar os direitos humanos e liberdades fundamentais ao residirem em qualquer instalação de proteção, assistência ou tratamento, incluindo pleno respeito por sua dignidade, por crenças, necessidades e privacidade e pelo direito de tomar decisões sobre sua assistência e a qualidade de sua vida.	Pessoas mais velhas devem ser capazes de perseguir oportunidades para o pleno desenvolvimento de seu potencial. Pessoas mais velhas devem ter acesso aos recursos educacionais, culturais, espirituais e de recreação da sociedade.
	Dignidade
	Pessoas mais velhas devem ser capazes de viver com dignidade e segurança e não devem ser exploradas nem sofrer abuso físico ou mental. Pessoas mais velhas devem ser tratadas com justiça, independentemente de idade, gênero, origem étnica ou racial, incapacidade ou outra condição, e devem ser valorizadas independentemente de sua contribuição econômica.

Contato Social

A medida que envelhecem, as pessoas tendem a passar menos tempo com os outros (Carstensen, 1996). Para a maioria dos adultos, o trabalho é uma conveniente fonte de contato social; assim, pessoas que se aposentaram há muito tempo têm menos contatos sociais do que aposentados mais recentes ou do que aqueles que continuam trabalhando. Para alguns idosos, enfermidades tornam cada vez mais difícil sair de casa e ver as pessoas. Estudos também demonstram que pessoas mais velhas costumam evitar oportunidades de maior contato social e têm maior probabilidade do que adultos mais jovens de se sentirem satisfeitas com redes sociais menores. Mas os contatos sociais que os adultos mais velhos têm são mais importantes do que nunca para seu bem-estar (Lansford, Sherman e Antonucci, 1998).

Por que isso é assim? Segundo a *teoria do comboio social* (apresentada no Capítulo 16), as mudanças de contato social geralmente afetam apenas os círculos sociais mais externos e menos íntimos. Após a aposentadoria, à medida que colegas de trabalho e outros eventuais amigos afastam-se, a maioria dos adultos de mais idade mantém um círculo interno mais estável de comboios sociais: amigos íntimos e familiares com os quais podem contar para apoio social constante e que influenciam fortemente seu bem-estar de maneira positiva ou negativa (Antonucci e Akiyama, 1995; Kahn e Antonucci, 1980).

Segundo a *teoria da seletividade socioemocional* (Carstensen, 1991, 1995, 1996), adultos mais velhos tornam-se cada vez mais seletivos em relação às pessoas com quem convivem. Quando as pessoas percebem que o tempo que lhes resta é curto, necessida-

des emocionais imediatas tomam precedência sobre metas de longo prazo. Um estudante universitário pode estar disposto a tolerar um professor do qual não gosta em nome de adquirir conhecimento para ingressar no curso de pós-graduação; um adulto mais velho pode ser menos disposto a despendar seu precioso tempo com um amigo que o irrita. Jovens adultos com meia hora livre e nenhum compromisso urgente podem optar por despendar tempo com alguém que gostariam de conhecer melhor; adultos mais velhos tendem a escolher alguém que conheçam bem.

Ainda que as pessoas mais velhas possam ter menos relacionamentos íntimos do que as pessoas mais jovens, tendem a ser mais satisfeitas com os que possuem (Antonucci e Akiyama, 1995). Embora o tamanho da rede social e a frequência de contatos diminua, a qualidade de apoio social parece não diminuir (Bossé, Aldwin, Levenson, Spiro e Mroczek, 1993).

Relacionamentos e Saúde

Como ocorre mais cedo na vida, os relacionamentos sociais e a saúde andam de mãos dadas (Bosworth e Schaie, 1997). Quando Vaillant e colaboradores observaram 223 homens envelhecidos do Estudo Grant, o apoio social durante os 20 anos anteriores - de amigos mais do que de cônjuges e filhos - era um forte prognosticador da saúde física aos 70 anos. Entretanto, o efeito era mais fraco quando os pesquisadores controlaram o abuso de álcool, o fumo e a depressão - os quais podem todos solapar tanto os relacionamentos sociais como a saúde (Vaillant, Meyer, Mukamal e Soldz, 1998).

Qual é a conexão entre interação social e mortalidade? Entre 2.575 homens e mulheres de 65 a 102 anos, na região rural de Iowa, aqueles que descreveram contato regular com menos do que duas pessoas durante um período de três anos eram muito mais propensos a morrer do que aqueles que possuíam redes sociais mais amplas. Isso se aplicava independentemente de idade, de educação, de história de tabagismo, de sintomas de depressão ou de mudanças na saúde física (Cerhan e Wallace, 1997).

Como descrito no Quadro 18-1, um casamento estável parece prever uma vida longa. Mas o relacionamento entre casamento e saúde pode ser diferente para maridos e para esposas. Embora ser casado *em si* pareça beneficiar a saúde dos homens, a saúde das mulheres está ligada à *qualidade* do casamento. As mulheres são menos propensas a se retrair de conflitos emocionalmente carregados, e, em um casamento de muitos anos, o acúmulo desses episódios pode prejudicar a saúde das mulheres (Carstensen, Graff, Levenson e Gottman, 1996).

Pense sobre isso...

- Você já viveu em uma família multigeracional? Você acha que isso poderia lhe acontecer? Que aspectos desse estilo de vida lhe atraem ou não?

VERIFICADOR

Você é capaz de...

- ✓ Explicar como o contato social muda na terceira idade e discutir explicações teóricas dessa mudança?
- ✓ Citar evidências de uma relação entre interação social e saúde?
- ✓ Contrastar as influências dos amigos e da família sobre o bem-estar?
- ✓ Comparar padrões culturais que influenciam a posição dos idosos em uma família?

O Papel da Família e dos Amigos

Os relacionamentos com a família e as amizades desempenham papéis diferentes para adultos mais velhos, assim como para adultos mais jovens. As amizades têm o efeito mais positivo sobre o bem-estar das pessoas mais velhas. Como mais cedo na vida, as amizades giram em torno de prazer e de lazer, enquanto os relacionamentos familiares tendem a envolver necessidades e tarefas cotidianas. Contudo, a família é a fonte primordial de apoio emocional. Quando esse apoio não está presente ou os relacionamentos com a família são pobres ou ausentes, os efeitos negativos podem ser profundos (Antonucci e Akiyama, 1995).

A família na terceira idade tem características especiais (Brubaker, 1983, 1990; Johnson, 1995). Muitas famílias hoje compreendem quatro ou até cinco gerações, tornando possível que uma pessoa seja tanto avô quanto neto ao mesmo tempo. A presença de tantos membros da família pode ser enriquecedora, mas também pode criar pressões especiais. Números crescentes de famílias tendem a ter pelo menos um membro que viveu tempo suficiente para ter várias doenças crônicas e cuja assistência pode ser física e emocionalmente extenuante (Johnson, 1995). Muitas mulheres atualmente passam mais tempo de sua vida cuidando dos pais do que dos filhos (Abel, 1991). Agora que a faixa etária que mais cresce na população é a de 85 ou mais, muitas pessoas de 60 anos ou mais, cuja saúde e energia podem estar vacilando, encontram-se servindo de cuidadores.

O modo como as famílias lidam com essas questões costuma ter raízes culturais. A família nuclear e o desejo de adultos mais velhos de viver separados dos filhos sempre que possível refletem os valores norte-americanos dominantes de individualismo, de autonomia e de autoconfiança. Culturas norte-americanas hispânicas e asiáticas

tradicionalmente enfatizam obrigações *lineares* ou intergeracionais, como observadas em uma família multigeracional, com poder e autoridade contidos na geração mais velha. Contudo, esse padrão está sendo modificado através da assimilação à cultura norte-americana. Afro-americanos e americanos irlandeses, cujas culturas foram altamente afetadas pela pobreza, enfatizam relacionamentos igualitários, *colaterais*; as estruturas familiares podem ser altamente flexíveis, com frequência incluindo irmãos, tias, tios, primos ou amigos que precisam de um lugar para morar. Esses variados padrões culturais afetam os relacionamentos e as responsabilidades familiares em relação à geração mais antiga (Johnson, 1995).

No restante deste capítulo, examinaremos mais de perto os relacionamentos das pessoas com as famílias e com os amigos. Também examinaremos a vida de adultos mais velhos que se divorciam ou se casam outra vez, daqueles que nunca se casaram e daqueles que não têm filhos. (Discutiremos a viuvez no Epílogo.) Finalmente, consideraremos a importância de um novo papel: o de bisavô.

Relacionamentos Consensuais

Diferentemente de outros relacionamentos familiares, o casamento - pelo menos nas culturas ocidentais contemporâneas - geralmente se forma por mútuo consenso. Assim, em seus efeitos sobre o bem-estar, ele tem características tanto de amizade como de laços de parentesco (Antonucci e Akiyama, 1995). Ele pode oferecer tanto as melhores experiências emocionais como as piores que uma pessoa experimenta (Carstensen et al., 1996). O que acontece com a satisfação conjugal na terceira idade?

Casamento de Longa Duração

O casamento de longa duração é um fenômeno relativamente novo; a maioria dos casamentos, como a maioria das pessoas, costumava ter um ciclo de vida mais curto. Hoje, cerca de 20% dos casamentos, como o de Jimmy e Rosalyn Carter, dura 50 anos ou mais (Brubaker, 1983, 1993). Uma vez que as mulheres geralmente se casam com homens mais velhos e vivem mais do que eles, e uma vez que os homens são mais propensos a se casarem outra vez após divórcio ou viuvez, existem muito mais homens casados do que mulheres casadas na terceira idade (AARP, 1999; ver Figura 18-4). O desequilíbrio é particularmente notável entre afro-americanos, pois homens negros possuem uma expectativa de vida mais baixa do que homens brancos, e homens negros mais velhos, quando se casam, tendem a escolher mulheres muito mais jovens (Tucker, Taylor e Mitchell-Kernan, 1993). Talvez por esse motivo, a maioria dos estudos de casamentos de longo prazo concentra-se em amostras de classe média branca.

Casais que ainda estão juntos na terceira idade são mais propensos do que casais de meia-idade a descrever seu casamento como satisfatório, e muitos dizem que

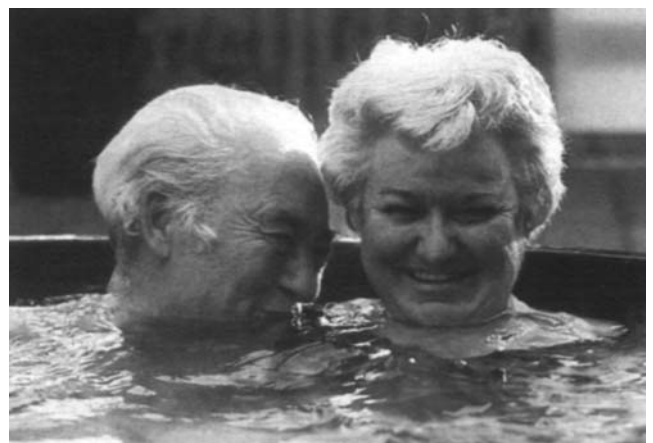


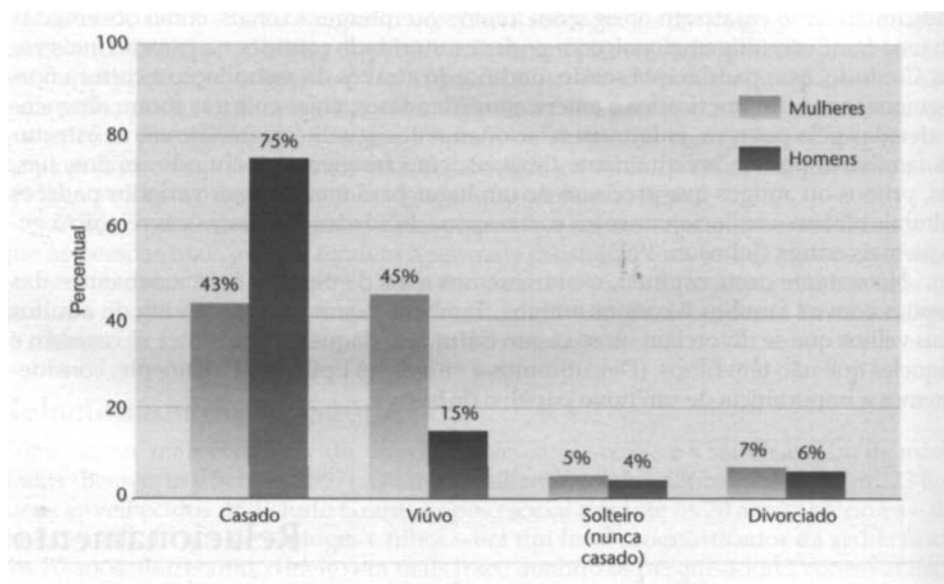
Indicador

8.

Quais são as características dos casamentos de longo prazo na terceira idade e que impacto o divórcio e o segundo casamento têm nessa fase da vida?

Muitos casais que continuam juntos na terceira idade, especialmente em meados e fim dos 60 anos, dizem que são mais felizes no casamento agora do que eram em seus anos mais jovens. Importantes benefícios do casamento, que podem ajudar casais mais velhos a enfrentar os altos e baixos da terceira idade, incluem intimidade, compartilhamento e o senso de pertencimento um ao outro. Romance, diversão e sensualidade também têm o seu lugar, como mostra esse casal em uma banheira de água quente.



**Figura 18-4**

Estado civil de pessoas não-internadas de 65 anos ou mais, 1998.

(Fonte: American Association of Retired People [AARP], 1999; baseado em dados do U.S. Bureau of the Census.)

ele melhorou (Carstensen et al., 1996; Gilford, 1986). Como há alguns anos o divórcio ficou mais fácil de ser obtido, os cônjuges que ainda estão juntos em idade avançada tendem a ter resolvido suas diferenças e a ter chegado a acomodações mutuamente satisfatórias (Huyck, 1995). Com o fim da criação dos filhos, tendem a se tornar uma fonte de prazer comum e de orgulho, em vez de uma fonte de conflito (Carstensen et al., 1996).

Como os casais resolvem conflitos é uma chave para a satisfação conjugal durante toda a idade adulta. Os padrões de resolução de conflitos tendem a permanecer bastante constantes ao longo de um casamento, mas a maior capacidade dos casais mais velhos de regular suas emoções pode fazer com que seus conflitos sejam menos sérios. Em um estudo, casais felizes e infelizes de meia-idade e mais velhos foram filmados em vídeo discutindo assuntos agradáveis e conflituosos de mútua escolha. Posteriormente os cônjuges assistiram separadamente às fitas enquanto pressionavam um indicador de classificação para registrar o grau de emoção positiva ou negativa que tinham sentido durante cada conversa. Em situações de conflito, casais mais velhos demonstraram menos raiva, repulsa, beligerância e queixas, assim como mais afeição, do que casais de meia-idade. E eles também obtinham mais prazer ao conversar sobre assuntos agradáveis, como atividades mútuas, filhos e netos, sonhos e férias (Carstensen et al., 1996).

Em casais com renda dupla, quando os padrões de emprego e de aposentadoria entram em conflito com expectativas de papel social, podem ocorrer problemas. Uma vez que muitos homens divorciados de meia-idade casam-se com mulheres muito mais jovens, a segunda esposa pode estar no auge de sua carreira quando o marido aposenta-se. Se o marido tem atitudes tradicionais sobre os papéis de gênero, ele pode opor-se a que ela continue trabalhando e pode sentir-se ameaçado pela perda de seu *status* como provedor. Podem surgir discussões se a esposa esperar que ele, como parceiro em casa, faça mais serviço doméstico (Szinovacz, 1996).

O casamento na terceira idade pode ser seriamente posto à prova com o avanço da idade e com as enfermidades físicas. Cônjuges que precisam cuidar de parceiros incapacitados podem sentir-se isolados, zangados e frustrados, especialmente quando eles também têm má saúde. Esses casais podem ser apanhados em um "ciclo vicioso: a doença pressiona o casamento, e essa pressão pode agravar a doença, distendendo a capacidade de enfrentamento ao ponto de ruptura (Karney e Bradbury, 1995) e colocando a vida do cuidar em maior risco (Kiecolt-Glaser e Glaser, 1999; Schulz e Beach, 1999). Cônjuges cuidadores que, em primeiro lugar, são otimistas e bem-adaptados, e que mantêm contato com amigos, geralmente enfrentam melhor a situação (Hooker, Monahan, Shifren e Hutchinson, 1992; Skaff e Pearlin, 1992).

Divórcio e Segundo Casamento

O divórcio na terceira idade é raro; os casais que tomam essa decisão geralmente o fazem muito mais cedo. Apenas cerca de 7% dos adultos com mais de 65 anos divorciam-se e não se casam novamente (ver Figura 18-4). Contudo, desde 1990, seus números têm aumentado cinco vezes mais rápido quanto os da população mais velha como um todo (AARP, 1999). Considerando-se as altas taxas de divórcio em coortes mais jovens, a proporção de pessoas mais velhas que se divorciam tende a crescer no futuro e, considerando-se as maiores oportunidades dos homens de casarem-se novamente, a lacuna entre os sexos provavelmente irá se alargar (Norton e Miller, 1992; Uhlenberg, Cooney e Boyd, 1990).

O divórcio pode ser especialmente difícil para pessoas mais velhas. Homens mais velhos divorciados e separados sentem-se menos satisfeitos com as amizades e com as atividades de lazer do que homens casados. Para ambos os sexos, as taxas de doença mental e de morte são mais elevadas do que a média, talvez, em parte, devido ao apoio social insuficiente (Uhlenberg e Myers, 1981).

Casar-se outra vez na terceira idade pode ter um caráter especial. Entre 125 homens e mulheres com bom nível de instrução e em boa situação financeira, aqueles que casaram-se novamente na terceira idade pareciam ter mais confiança e aceitação e menor necessidade de partilhar com profundidade sentimentos pessoais. Os homens, mas não as mulheres, tendiam a ter mais satisfação quando casaram-se pela segunda vez na terceira idade do que quando o fizeram na meia-idade (Bograd e Spilka, 1996).

O segundo casamento tem benefícios à sociedade, pois pessoas mais velhas casadas são menos propensas do que as que vivem sozinhas de necessitar de auxílio da comunidade. Tal atitude pode ser encorajada permitindo-se que as pessoas mantenham os benefícios de aposentadoria e do seguro social do primeiro casamento e pela maior disponibilidade de aposentos compartilhados, como nas moradias coletivas.

Vida de Solteiro

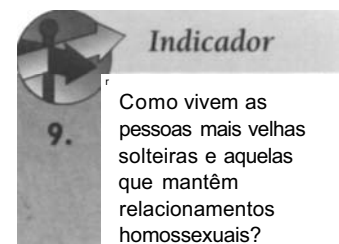
Apenas 4% dos homens e das mulheres norte-americanos de 65 anos ou mais nunca se casaram (AARP, 1998; ver Figura 18-4). Esse percentual tende a aumentar à medida que os adultos de meia-idade de hoje envelhecerem, pois proporções maiores dessa coorte, especialmente afro-americanos, permaneceram solteiros (U. S. Bureau of the Census, 1991a, 1991b, 1992a, 19993a). Desde 1970, essa tem sido uma tendência mundial (United Nations, 1991).

Pessoas mais velhas que nunca se casaram são mais propensas do que pessoas mais velhas divorciadas ou viúvas a preferir uma vida de solteiro e menos propensas a se sentirem solitárias (Dykstra, 1995). Contudo, as mulheres que permaneceram solteiras sentem-se realmente solitárias caso percam sua saúde. A saúde debilitada desestabiliza seu senso de autoconfiança e pode forçá-las a depender de parentes com os quais prefeririam não conviver (Essex e Nam, 1987).

Mulheres nunca casadas e sem filhos em um estudo classificaram três tipos de papéis ou relacionamentos como importantes: laços com parentes de sangue, como irmãos e tias; laços de substituição aos pais com pessoas mais jovens; amizades da mesma geração e do mesmo sexo (Rubinstein, Alexander, Goodman e Luborsky, 1991).

Homens mais velhos anteriormente casados tendem muito mais a namorar do que mulheres mais velhas, provavelmente devido à maior disponibilidade de mulheres nessa faixa etária. Muitos dos namorados idosos são sexualmente ativos, mas não pretendem casar-se. Entre brancos e afro-americanos, os homens interessam-se mais pelo envolvimento romântico do que as mulheres, que podem ter medo de ficarem "presas" aos papéis de gênero tradicionais (Bulcroft e O'Conner, 1986; Bulcroft e Bulcroft, 1991; Tucker, Taylor e Mitchell-Kernan, 1993).

A medida que envelhecem, as mulheres negras têm probabilidade cada vez menor do que os homens negros de serem casadas, romanticamente envolvidas ou interessadas em um relacionamento romântico - talvez por motivos práticos, pois mulheres negras solteiras tendem a ter melhor situação financeira do que mulheres casadas (Tucker et al., 1993). Porém, uma condição envolve risco: uma mulher negra vivendo sozinha na terceira idade tem três vezes mais chances de ser pobre do que uma mulher branca nessa situação (U. S. Bureau of the Census, 1991b). Além disso, mulheres que vivem sozinhas tendem mais a acabar internadas (Tucker et al., 1993).



VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar a diferença de satisfação conjugal entre a meia-idade e a terceira idade?
- ✓ Explicar como o divórcio, Q segundo casamento e a vida de solteiro diferem na idade adulta mais jovem e avançada?

Relacionamentos Homossexuais

Existem poucas pesquisas sobre relacionamentos homossexuais na velhice. Isso se deve sobretudo ao fato de que a atual coorte de adultos mais velhos cresceu em uma época em que a homossexualidade era considerada uma perversão e em que viver abertamente como homossexual era raro (Huyck, 1995). Uma importante distinção é entre homossexuais mais velhos que se reconheceram como homossexuais antes do surgimento do movimento de libertação homossexual na década de 1960 e aqueles que só o fizeram quando esse movimento (e a mudança no discurso público que isso acarretou) estava em plena atividade. Enquanto o autoconceito do primeiro grupo foi moldado pelo estigma prevalecente contra a homossexualidade, o segundo grupo tendia a ver sua homossexualidade apenas como uma *condição*: uma característica do *self*, como qualquer outra (Rosenfeld, 1999).

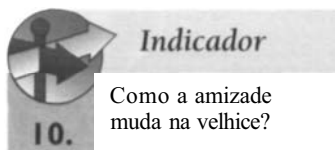
Adultos homossexuais mais velhos, como adultos heterossexuais mais velhos, possuem fortes necessidades de intimidade, de contato social e de geratividade. Contrário aos estereótipos do homossexual envelhecendo solitário e isolado, os relacionamentos de gays e lésbicas na terceira idade tendem a ser fortes, solidários e diversos. Muitos homossexuais possuem filhos de casamentos anteriores; outros adotam crianças. Redes de amigos ou grupos de apoio podem substituir a família tradicional (Reid, 1995).

Muitos gays e lésbicas - especialmente aqueles que mantiveram relacionamentos próximos e forte envolvimento na comunidade homossexual - adaptam-se ao envelhecimento com relativa facilidade. Tendo prática em lidar com um tipo de estigma, os homossexuais que alcançaram uma identidade sexual confortável podem estar mais preparados para lidar com o estigma do envelhecimento. Seus principais problemas têm origem nas atitudes da sociedade: relacionamentos tensos com a família de origem, discriminação, falta de serviços médicos ou sociais e apoio social, políticas insensíveis das agências sociais enfrentamento com provedores de assistência médica ou consternação e questões de herança quando um parceiro adoece ou morre (Berger e Kelly, 1986; Kimmel, 1990; Reid, 1995).

Segundo algumas pesquisas, viver abertamente como homossexual pode facilitar a adaptação ao envelhecimento (Friend, 1991). "Sair do armário" - sempre que isso ocorre - é uma importante transição no desenvolvimento, a qual pode melhorar a saúde mental, a satisfação com a vida, a auto-aceitação e o auto-respeito (Reid, 1995). Por outro lado, um estudo com 47 homossexuais idosos canadenses do sexo masculino sugere que evitar estresse - inclusive o estresse de assumir publicamente a homossexualidade - pode contribuir para o bem-estar na terceira idade (Lee, 1987). Devido ao maior estigma ligado à homossexualidade quando esses homens eram mais jovens, muitos só reconheceram publicamente sua homossexualidade em idade avançada, ou nunca o fizeram, e essa forma de agir pode ter sido adaptativa, dadas as circunstâncias (Reid, 1995).



Intimidade é importante para gays e lésbicas mais velhos, assim como o é para adultos heterossexuais mais velhos. Contrário ao estereótipo, os relacionamentos sexuais na terceira idade geralmente são fortes e solidários.



Como a amizade muda na velhice?

Amizades

O significado da amizade - um relacionamento que envolve concessões mútuas - muda pouco durante o ciclo de vida, mas seu contexto e seu conteúdo variam. Entre adultos mais velhos, as amizades geralmente não são mais ligadas ao trabalho e à criação dos filhos, como em períodos anteriores da idade adulta. Ao contrário, elas se concentram na camaradagem e no apoio (Hartup e Stevens, 1999).

A maioria das pessoas tem amigos íntimos, e as que têm um círculo ativo de amigos são mais saudáveis e felizes (Antonucci e Akiyama, 1995; Babchuck, 1978-1979; Lemon et al., 1972; Steinbach, 1992). Amigos amenizam o impacto do estresse na saúde física e mental (Cutrona, Russell e Rose, 1986). As pessoas que têm com quem confiar seus sentimentos e seus pensamentos e que sabem conversar sobre suas preocupações e sobre seu sofrimento com amigos lidam melhor com as mudanças e com as crises da velhice (Genevay 1986; Lowenthal e Haven, 1968). Elas também parecem prolongar sua vida (Steinbach, 1992).

O elemento de escolha na amizade pode ser especialmente importante para pessoas mais velhas, que podem sentir que o controle sobre sua vida está escapando-lhes (Adams, 1986). Intimidade é outro benefício importante da amizade para adultos mais velhos, que precisam saber se ainda são valorizados e desejados, apesar das perdas físicas e de outro tipo (Essex e Nam, 1987). Talvez o maior conforto das mulheres em expor a si mesmas e em expressar sentimentos contribua para sua maior expectativa de vida (Weg, 1987).

Pessoas mais velhas gostam mais do tempo que passam com seus amigos do que do tempo que passam com suas famílias (Antonucci e Akiyama, 1995). Em um estudo, 92 adultos aposentados entre 55 e 88 anos utilizaram bipes por uma semana. Em intervalos de aproximadamente 2 horas, quando chamadas, preencheram relatórios sobre o que estavam fazendo e com quem estavam, e no que estavam pensando e o que estavam sentindo (Larson, Mannell e Zuzanek, 1986). Essas pessoas geralmente estavam mais alertas, estimuladas e emocionalmente excitadas com amigos do que com familiares, inclusive seus cônjuges. Um dos motivos pode ser o de que as pessoas mais velhas passam mais tempo de lazer ativo e aprazível com amigos, mas fazem serviços domésticos ou assistem à televisão com a família. Pessoas mais velhas têm um sentimento recíproco de abertura com os amigos, e a leveza e a espontaneidade das amizades ajudam-nas a transcender as preocupações diárias.

Mesmo assim, o tempo passado com os amigos não resulta em maior satisfação geral de vida, enquanto passar mais tempo com o cônjuge, sim. Pode ser a própria brevidade e a infreqüência do tempo despendido com os amigos que lhes confere seu sabor especial. Amigos são uma poderosa fonte de prazer *imediatos*; a família provê maior segurança e apoio emocional (Antonucci e Akiyama, 1995).

As pessoas geralmente dependem de vizinhos em emergências e de parentes para compromissos a longo prazo, como prestação de cuidados, mas os amigos podem, ocasionalmente, cumprir essas duas funções. Amigos e vizinhos costumam assumir o lugar de familiares que estão distantes. E, embora os amigos não possam substituir um cônjuge ou um parceiro, eles podem compensar a falta de um (Hartup e Stevens, 1999). Entre 131 adultos mais velhos, na Holanda, que nunca se casaram, se divorciaram ou enviuvaram, aqueles que receberam grande quantidade de apoio emocional e prático dos amigos eram menos propensos a se sentirem solitários (Dykstra, 1995).

De acordo com as teorias de seletividade socioemocional e de comboio social, amigos casuais podem ficar para trás, mas amizades antigas costumam persistir até idade muito avançada (Hartup e Stevens, 1999). Às vezes, contudo, mudanças de domicílio, doenças ou incapacitação tornam difícil manter velhos amigos. Embora muitas pessoas mais velhas façam novos amigos, até mesmo depois dos 85 anos (Johnson e Troll, 1994), adultos mais velhos são mais propensos do que adultos mais jovens a atribuir os benefícios da amizade (como afeição e lealdade) a indivíduos específicos, que não podem ser facilmente substituídos se morrerem, se forem internados em uma clínica de repouso ou se mudarem (deVries, 1996).

A etnicidade pode influenciar a natureza da amizade e o tamanho das redes de amizades percebidas. Canadenses franceses, por exemplo, dizem ter menos amigos do que o fazem canadenses britânicos; além disso, vivem mais perto daqueles que consideram seus amigos e os vêem com mais freqüência (deVries, 1996).

VERIFICADOR

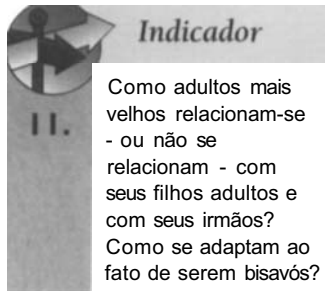
Você é capaz de ...

- ✓ Dar motivos para a diversidade de relacionamentos homossexuais na terceira idade e identificar fatores que influenciam a adaptação dos homossexuais ao envelhecimento?
- ✓ Citar benefícios especiais da amizade na velhice e dizer de que modo as amizades tendem a mudar?



Pessoas mais velhas costumam gostar mais do tempo passado com amigos do que do tempo passado com familiares. A abertura e a excitação dos relacionamentos entre amigos ajuda-os a transcender preocupações e problemas. Amizades íntimas dão às pessoas mais velhas o sentimento de serem valorizadas e desejadas e ajudam-nas a lidar com as mudanças e com as crises da velhice.

Laços de Parentesco Não-Conjugais



Alguns dos relacionamentos mais duradouros e importantes na terceira idade são os derivados não de escolha mútua (como casamentos, parcerias homossexuais e amizades), mas de laços de parentesco. Vamos examiná-los.

Relacionamentos com os Filhos Adultos - ou sua Ausência

Como prevê a teoria da seletividade socioemocional, adultos em envelhecimento procuram passar mais tempo com as pessoas que significam mais para eles, como seus filhos (Troll e Fingerman, 1996). Quatro a cada cinco adultos mais velhos têm filhos vivos, 6 a cada 10 vêem seus filhos pelo menos uma vez por semana, e três a cada quatro falam ao telefone nessa frequência (AARP, 1995). A maioria das pessoas mais velhas vive a menos de 16 km de, pelo menos, um filho adulto, e (se tem mais do que um filho) a menos de 48 km do outro (Lin e Rogerson, 1995).

Os filhos provêm uma ligação com outros membros da família - especialmente, é claro, com os netos. Em um grupo de 150 pessoas "bem mais velhas" em diversas situações socioeconômicas, aquelas que tinham filhos mantinham contato mais frequente com outros parentes do que pessoas sem filhos (Johnson e Troll, 1992). Pessoas mais velhas com melhor saúde têm mais contato com suas famílias do que as que têm pior saúde e dizem sentir-se mais próximas delas (Field, Minkler, Falk e Leino, 1993).

O equilíbrio de mútuo auxílio que se estabelece entre os pais e seus filhos adultos tende a mudar com o envelhecimento dos pais, com os filhos provendo uma maior parcela de apoio (Bengtson et al., 1990; 1996). Suportes institucionais, como a previdência social, o Medicare e o Medicaid tiraram algumas das responsabilidades pelos idosos dos membros da família, mas muitos filhos adultos prestam significativa assistência e muitos cuidados a pais idosos (ver Capítulo 16). Adultos mais velhos tendem a se deprimir se necessitam de ajuda dos filhos, quer de fato o recebam, quer não. Em uma sociedade que ambas as gerações valorizam sua independência, a perspectiva de dependência pode ser desmoralizante. Os pais não desejam ser um fardo para os filhos nem exaurir os recursos deles. Contudo, os pais também podem deprimir-se se temerem que seus filhos *não* vão cuidar deles (Lee, Netzer e Coward, 1995).

Pais mais velhos continuam demonstrando forte interesse por seus filhos, pensam neles com frequência e os ajudam quando necessário. Principalmente em comunidades desfavorecidas acossadas pelo desemprego, pela pobreza, pela falta de moradia, pela gravidez de mães solteiras e pelo abuso de drogas, as redes familiares representam não apenas fontes de auxílio *para* os membros idosos, mas também potencialmente demandas pelo auxílio deles (Bengtson et al., 1996). Pais idosos tendem a se angustiar ou deprimir-se se os filhos estão com problemas sérios, como, por exemplo, drogas ou dependência financeira; os pais podem considerar esses problemas um sinal de seu próprio fracasso (Greenberg e Becker, 1988; Lee et al., 1995; Pillemer e Suitor, 1991; Suitor, Pillemer, Keeton e Robison, 1995; Troll e Fingerman, 1996).

Muitas pessoas de idade cujos filhos adultos são mentalmente doentes, têm deficiência física ou sofrem de AIDS ou outras doenças graves servem como principais cuidadores enquanto genitor e filho estiverem vivos (Brabant, 1994; Greenberg e Becker, 1988; Ryff e Seltzer, 1995). E um número crescente de avós e até de bisavós, principalmente afro-americanos, criam ou ajudam a criar os filhos.

Como discutimos no Capítulo 15, cuidadores "pegos de surpresa", que são forçados a assumir o papel de pais em uma época em que esse papel é inesperado, frequentemente sentem tensão. Isso pode aplicar-se ainda mais a cuidadores idosos do que a cuidadores de meia-idade. Muitas vezes, mal preparados física, emocional e financeiramente para a tarefa, podem não saber a quem recorrer para obter ajuda e apoio. Eles se preocupam sobre quem irá assumir seu lugar quando eles ficarem doentes ou morrerem - além de quem irá tomar cuidado *deles* (Abramson, 1995).

Quanto aos 20% de adultos que não têm filhos, estudos sugerem que eles não são mais solitários nem mais negativos em relação a suas vidas e tampouco mais temerosos da morte do que adultos com filhos (Johnson e Catalano, 1981; Keith, 1983; Rempel, 1985). Contudo, algumas mulheres mais velhas que nunca tiveram filhos expressam arrependimento, e esse sentimento torna-se mais intenso com a idade (Alexander, Rubinstein, Goodman e Luborsky, 1992).

Viúvas sem filhos adultos podem carecer de uma importante fonte de consolo (O'Bryant, 1988; Suito et al., 1995). Pessoas sem filhos também podem carecer de uma fonte disponível de cuidado e de apoio caso adoçam. Uma vez que 17% das mulheres da geração do pós-guerra que estavam no início dos 40 anos em 1996 ainda não tinham tido filhos, e a maioria delas provavelmente não os terá, a prestação de assistência a elas pode tornar-se um problema crescente (NCHS, 1998a).

Relacionamento com Irmãos

Elizabeth (Bessie) e Sarah (Sadie) Delany viveram ambas mais de 100 anos. O pai delas foi um escravo liberto que se tornou bispo episcopal. Bessie superou a discriminação racial e de gênero para tornar-se dentista, e Sadie era uma professora de ensino médio. As irmãs nunca se casaram; por 30 anos elas viveram juntas em Mount Vernon, Nova York. Embora suas personalidades fossem diferentes como água e vinho, uma era a melhor amiga da outra, compartilhando de um senso de humor e dos valores que os pais lhes instilaram (Delany, Delany e Hearth, 1993).

Mais de três a cada quatro norte-americanos de 60 anos ou mais possuem pelo menos um irmão vivo, e os pertencentes à faixa etária "velho-jovem" têm em média dois ou três (Cicirelli, 1995). Irmãos e irmãs desempenham papéis importantes nas redes de apoio de pessoas mais velhas. Os irmãos, mais do que outros membros da família, oferecem companheirismo, como fazem os amigos, mas os irmãos, mais do que os amigos, também oferecem apoio emocional (Bedford, 1995).

A maioria dos irmãos adultos de mais idade dizem que estão prontos a oferecer auxílio concreto e recorreriam a um irmão caso precisassem de ajuda, mas relativamente poucos de fato o fazem exceto em emergências, como doenças (quando podem tornar-se fonte de cuidado) ou a morte de um cônjuge (Cicirelli, 1995). Em países em desenvolvimento, os irmãos tendem mais a fornecer auxílio econômico (Bedford, 1995). Independentemente de quanto auxílio de fato fornecem, a *prontidão* dos irmãos a ajudar é uma fonte de conforto e de segurança na terceira idade (Cicirelli, 1995). Para pessoas que não são casadas ou têm apenas um ou dois filhos (ou nenhum), os relacionamentos com os irmãos e seus filhos na velhice podem tornar-se cada vez mais significativos (Bedford, 1995; Rubinstein et al., 1991).

Quanto mais próximas as pessoas mais velhas vivem de seus irmãos e quanto mais irmãos elas têm, maior a probabilidade de elas fazerem confidências a eles (Connidis e Davies, 1992). Recordar as primeiras experiências compartilhadas torna-se mais freqüente na velhice, e isso pode ajudar a recapitular a vida e a colocar o significado dos relacionamentos familiares em perspectiva (Cicirelli, 1995).

As irmãs são especialmente vitais para a manutenção do bem-estar e dos relacionamentos familiares, talvez devido à expressividade emocional e ao papel de cuidadoras das mulheres (Bedford, 1995; Cicirelli, 1989a, 1995). Pessoas mais velhas que são mais próximas de suas irmãs sentem-se melhor em relação à vida e preocupam-se menos com o envelhecimento do que aquelas sem irmãs ou sem laços íntimos com elas (Cicirelli, 1997, 1989a). Em uma amostra nacional de adultos na Holanda, aqueles que enfrentavam a morte de uma irmã experimentavam mais dificuldade do que os que haviam perdido um cônjuge ou um dos pais (Cleiren, Diekstra, Kerkhof e van der Wal, 1994).

O conflito e a rivalidade explícita geralmente diminui na velhice, e alguns irmãos tentam resolver conflitos anteriores. Contudo, sentimentos subjacentes de rivalidade podem perdurar, especialmente entre irmãos (Cicirelli, 1995). Em um estudo, 80% de irmãos mais velhos tinham relacionamentos positivos - íntimos, harmoniosos ou leais - enquanto 10% eram apáticos e 10% eram hostis (Gold, 1987).

Bessie e Sadie Delany, filhas de um escravo liberto, sempre foram grandes amigas - mais de 100 anos - e escreveram dois livros em co-autoria sobre os valores com os quais cresceram e a história de sua vida longa e ativa. Irmãos idosos são uma parte importante da rede de apoio um do outro, e as irmãs são especialmente vitais na manutenção dos relacionamentos familiares.

VERIFICADOR _____

Você é capaz de ...

- ✓ Explicar como o contato e o auxílio mútuo entre os pais e os filhos adultos muda durante a terceira idade e como a falta de filhos pode afetar pessoas mais velhas?
- ✓ Discutir a importância dos relacionamentos entre irmãos na velhice?



A morte de um irmão na velhice pode ser compreendida como uma parte normativa daquela etapa da vida, mas, mesmo assim, os sobreviventes podem sofrer intensamente e ficarem solitários ou deprimidos. A perda de um irmão representa não apenas a perda de alguém em quem se apoiar e uma mudança na constelação familiar, mas também talvez até uma perda parcial de identidade. Prantear por um irmão significa prantear pela perda de completude da família original dentro da qual viemos a nos conhecer. Isso pode também evidenciar nossa própria proximidade com a morte (Cicirelli, 1995).

Tornar-se Bisavô

A medida que os netos crescem, os avós costumam vê-los com menos frequência (ver a discussão sobre ser bisavô no Capítulo 16). Depois, quando os netos tornam-se pais, os avós assumem um novo papel: o de bisavós.

Devido à idade, ao declínio da saúde e ao desmembramento das famílias, os bisavós tendem a ser menos envolvidos do que os avós na vida de uma criança. E uma vez que famílias de quatro ou cinco gerações são relativamente novas, existem poucas diretrizes de aceitação geral para o que os bisavós devem fazer (Cherlin e Furstenberg, 1986b). Não obstante, a maioria dos bisavós encontram satisfação nesse papel (Pruchno e Johnson, 1996). Os bisavós trazem um senso de renovação pessoal e familiar, uma fonte de diversão e uma marca de longevidade. Quando 40 bisavós e bisavós, de 71 a 90 anos, foram entrevistados, 93% fizeram comentários como "A vida está recomeçando em minha família", "Vê-los crescer me mantém jovem" e "Nunca pensei que fosse viver para ver isso" (Doka e Mertz, 1988, p. 193-194). Mais de um terço da amostra (em sua maioria mulheres) eram próximas de seus bisnetos. Aqueles com ligações mais íntimas tendiam a viver perto e a estarem próximos dos pais e dos avós das crianças, muitas vezes, ajudando com empréstimos, presentes e cuidando de crianças.

Avós e bisavós são importantes para suas famílias. Eles são fontes de sabedoria, parceiros de jogo, ligações com o passado e símbolos da continuidade da vida familiar. Estão envolvidos na derradeira função generativa: expressar o desejo humano de transcender a mortalidade investindo a si próprios nas vidas das gerações futuras.

VERIFICADOR

Você é capaz de ...

- ✓ Identificar valores que os bisavós encontram em seu papel?

Pense sobre isso ...

- Que teorias de desenvolvimento psicossocial na velhice parecem ser melhor sustentadas pelas informações contidas neste capítulo sobre trabalho, aposentadoria, esquemas de vida e relacionamentos? Por quê?

Avós e bisavós são uma importante fonte de sabedoria e de companheirismo, um laço com o passado e um símbolo da continuidade da vida familiar. Este bisavô afro-americano mostra para sua bisneta de onde vieram seus ancestrais.



Resumo

Teoria e Pesquisa sobre Desenvolvimento Psicossocial

Indicador 1. O que acontece com a personalidade na velhice?

- Os traços de personalidade tendem a permanecer estáveis na terceira idade, mas diferenças de coorte foram constatadas.

Indicador 2. Que questões ou tarefas especiais as pessoas de mais idade precisam enfrentar?

- A crise final de Erik Erikson é **integridade do ego versus desespero**, culminando na "virtude" da sabedoria ou aceitação de nossa vida e morte iminente.
- George Vaillant constatou que o uso de mecanismos adaptativos maduros era o fator mais significativo na adaptação emocional aos 65 anos.

Indicador 3. Como os adultos mais velhos enfrentam os problemas?

- Uma atual abordagem no estudo do **enfrentamento** é o **modelo de avaliação cognitiva**. Adultos de todas as idades geralmente preferem **enfrentamento focado no problema**, mas adultos mais velhos utilizam mais **enfrentamento focado na emoção** do que adultos mais jovens quando a situação assim exige.
- A religião é uma importante fonte de enfrentamento focado na emoção para muitos adultos mais velhos.

Indicador 4. Envelhecer bem; isso existe? Em caso afirmativo, como isso pode ser definido e medido?

- Dois dos primeiros modelos contrastantes de envelhecimento "bem-sucedido" "ou "ideal" são a **teoria do desengajamento** e a **teoria da atividade**. A teoria do desengajamento tem pouca sustentação, e os achados sobre a teoria da atividade são mistos. Novos refinamentos da teoria da atividade são a **teoria da continuidade** e uma distinção entre atividade produtiva e de lazer.
- Baltes e colaboradores sugerem que o envelhecimento bem-sucedido pode depender da otimização seletiva com compensação, tanto no domínio psicossocial como cognitivo.

Questões de Estilo de Vida e Sociais Relacionadas ao Envelhecimento

Indicador 5. Quais são algumas das questões relativas ao trabalho e à aposentadoria na terceira idade e como adultos mais velhos lidam com o tempo e com o dinheiro?

- Algumas pessoas mais velhas continuam trabalhando pela remuneração, mas a vasta maioria aposenta-se. Entretanto, muitas pessoas aposentadas começam novas carreiras, trabalham em turno parcial ou como voluntárias.
- A idade tem tanto efeitos positivos como negativos sobre o desempenho profissional, e diferenças individuais são mais significativas do que diferenças etárias. Com treinamento apropriado, adultos mais velhos podem adquirir novas habilidades.
- A situação financeira de pessoas mais velhas melhorou, mas cerca de 30% podem esperar viver na pobreza em algum ponto. Muitas, especialmente viúvas e enfermos, ficam pobres pela primeira vez após a aposentadoria.

- Padrões comuns de estilo de vida após a aposentadoria incluem um **estilo de vida focado na família, investimento balanceado e lazer sério**.

Indicador 6. Que opções de esquema de vida existem para os adultos mais velhos?

- A maioria das pessoas mais velhas vive com a família, geralmente com um cônjuge. Idosos de minorias tendem mais do que idosos brancos a viver com membros da família extensa. A maioria das pessoas mais velhas não quer viver com os filhos.
- Cerca de um a cada três adultos mais velhos não-internados vive sozinho. A maioria é de viúvas. A maioria das pessoas mais velhas prefere permanecer em sua própria casa.
- Somente 4% da população mais velha chegam a ser internados, mas a proporção geralmente aumenta com a idade. Alternativas em rápida expansão para a internação incluem instalações assistenciais e outros tipos de moradia coletiva.
- O **abuso de idosos** geralmente é sofrido por uma pessoa enfiada ou demente que vive com o cônjuge ou com filho(a).

Relacionamentos Pessoais na Terceira Idade

Indicador 7. Como os relacionamentos pessoais mudam na velhice e qual é seu efeito sobre o bem-estar?

- Os relacionamentos são muito importantes para as pessoas mais velhas, ainda que a frequência dos contatos sociais diminua na velhice.
- Segundo a teoria do comboio social, as reduções ou as mudanças no contato social na velhice na terceira idade não comprometem o bem-estar porque um círculo interno estável de apoio emocional é mantido. Segundo a teoria da seletividade socioemocional, pessoas mais velhas preferem passar seu tempo com pessoas que aumentam seu bem-estar emocional.
- Apoio social está associado à boa saúde, e o isolamento é um fator de risco para a mortalidade.
- As amizades têm um efeito mais positivo sobre o bem-estar das pessoas mais velhas, mas os relacionamentos familiares ou sua ausência podem ter os efeitos mais negativos.
- O modo como famílias multigeracionais funcionam na velhice, muitas vezes, possui raízes culturais.

Relacionamentos Consensuais

Indicador 8. Quais são as características dos casamentos de longo prazo na terceira idade e que impacto o divórcio e o segundo casamento têm nessa fase da vida?

- A medida que a expectativa de vida aumenta, também aumenta a potencial longevidade do casamento. Mais homens do que mulheres são casados na terceira idade. Os casamentos que duram até a terceira idade tendem a ser relativamente satisfatórios.
- O divórcio é relativamente incomum entre pessoas mais velhas, e poucos adultos mais velhos divorciados não voltam a se casar. O divórcio pode ser especialmente difícil para pessoas mais velhas. Os segundos casamentos podem ser mais tranquilos na terceira idade.
- Um pequeno, mas crescente, percentual de adultos, em especial afro-americanos, atualmente chegam à velhice sem se casar. Adultos que nunca foram casados são menos propensos a se sentirem solitários do que adultos divorciados ou viúvos.

Indicador 9. Como vivem as pessoas mais velhas solteiras e aquelas que mantêm relacionamentos homossexuais?

- O homossexuais mais velhos, assim como os heterossexuais, têm necessidade de intimidade, de contato social e de generatividade. Muitos *gays* e lésbicas adaptam-se ao envelhecimento com relativa facilidade. A adaptação pode ser influenciada pelo grau em que se assume a homossexualidade.

Indicador 10. Como a amizade muda na velhice?

- As amizades na velhice concentram-se na camaradagem e no apoio, e não no trabalho e na criação dos filhos. A maioria dos adultos mais velhos possui amigos próximos, e aqueles que os têm são mais saudáveis e felizes. Amizades antigas tendem a persistir.

Laços de Parentesco Não-Conjugais

Indicador 11. Como adultos mais velhos relacionam-se - ou não se relacionam - com seus filhos adultos e com seus irmãos? Como se adaptam ao fato de serem bisavós?

- Pais idosos e seus filhos adultos vêem-se ou têm contato com frequência, preocupam-se uns com os outros e oferecem assis-

tência uns aos outros. Um número crescente de pais idosos cuida de filhos, de netos ou de bisnetos adultos.

- Em alguns aspectos, a falta de filhos não parece ser uma desvantagem importante na velhice, mas prover assistência para idosos enfermos sem filhos pode ser um problema.
- Muitas vezes, os irmãos fornecem apoio emocional uns aos outros e, às vezes, também apoio mais concreto. As irmãs, especialmente, mantêm os laços com os irmãos.
- Os bisavós são menos envolvidos com a vida das crianças do que os avós, mas a maioria encontra satisfação nesse papel.

Palavras-Chave

integridade do ego *versus* desespero (707)
enfrentamento (708)
modelo de avaliação cognitiva (708)
enfrentamento focado no problema (708)

enfrentamento focado na emoção (709)
teoria do desengajamento (712)
teoria da atividade (712)
teoria da continuidade (713)
estilo de vida focado na família (718)

investimento equilibrado (718)
lazer sério (718)
abuso de idosos (724)

Epílogo

O Fim da Vida



A

chave para a questão da morte abre a porta da vida.

Elisabeth Kübler-Ross, *Death: The Final Stage of Growth*, 1975

T

*odo o tempo em que pensei que estava aprendendo a viver,
estive aprendendo a morrer.*

Cadernos de Leonardo Da Vinci



Os seres humanos são indivíduos; passam por diferentes experiências e reagem a ela de formas distintas. Mas uma parte inevitável da vida de todo mundo é seu fim. Quanto melhor compreendermos esse fato inevitável e quanto mais sabiamente o abordarmos, mais plenamente podemos viver até ele chegar.

A morte é um fato *biológico*, mas além disso, tem *aspectos sociais, culturais, históricos, religiosos, legais, psicológicos, de desenvolvimento, médicos e éticos*, e, muitas vezes, eles estão intimamente relacionados. Os costumes e as atitudes em torno da morte são moldados pelo tempo e pelo lugar em que as pessoas vivem. Aspectos culturais da morte incluem o cuidado e o comportamento

perante os moribundos e os mortos, o contexto onde a morte geralmente acontece e os costumes e os rituais de luto - desde a vigília noturna irlandesa, em que amigos e familiares brindam à memória de quem faleceu, até o *shiva* judaico de uma semana, em que os enlutados expressam seus sentimentos e dividem lembranças da pessoa falecida. Algumas convenções culturais, como hastear uma bandeira a meio mastro após a morte de uma figura pública, são codificadas em lei.

Atitudes culturais e religiosas perante a morte e o morrer afetam aspectos de desenvolvimento e aspectos psicológicos da morte: como as pessoas de diversas idades enfrentam sua própria morte e as mortes dos que lhe são próximos. A morte pode significar uma coisa para um budista japonês idoso, imbuído de ensinamentos sobre a aceitação do inevitável, e outra para um jovem norte-americano japonês de terceira geração que cresceu com a crença de que dirigimos nosso próprio destino.

Embora a morte seja inescapável, seu momento de ocorrência pode, até certo ponto, estar sobre controle humano. Os esforços para adiar ou acelerar a morte têm ramificações médicas, legais e éticas. Embora a morte geralmente seja considerada a cessação dos processos corporais, os critérios para a morte tornaram-se mais complexos com o desenvolvimento de equipamentos médicos que podem prolongar os sinais básicos de vida. Esses desenvolvimentos médicos levantaram questões sobre se ou quando os suportes à vida devem ser mantidos ou retirados e o julgamento de quem deve prevalecer. Em alguns lugares, a afirmação do "direito de morrer" gerou leis que permitem ou proíbem os médicos de ajudar uma pessoa com doença terminal a cessar uma vida que se tornou um fardo.

O fato biológico bruto da morte, portanto, está longe de explicar tudo. Vamos examinar os muitos aspectos entrelaçados da morte, do morrer e do luto.

Morte e Luto: Contexto Social, Cultural e Histórico

Embora a morte e o luto sejam experiências universais, possuem um contexto cultural. Os costumes relativos à remoção e à recordação dos mortos, à transferência de posses e até à expressão de dor variam muito de cultura para cultura e, com frequência, são regidos por prescrições religiosas ou legais que refletem a visão que a sociedade tem do que é a morte e do que acontece depois.

Na sociedade malaia, assim como em muitas outras sociedades pré-letradas, a morte era vista como uma transição gradual. O corpo inicialmente só recebia um enterro provisório. Os sobreviventes continuavam executando rituais fúnebres até que o corpo se deteriorasse ao ponto em que se acreditava que a alma o havia abandonado e fora admitida ao reino espiritual.

Na Grécia antiga, os corpos dos heróis eram publicamente queimados como sinal de honra; a cremação pública ainda é praticada pelos hindus na Índia e no Nepal. Em contraste, a cremação é proibida sob a lei judaica ortodoxa na crença de que os mortos levantar-se-ão outra vez para um Juízo Final e para a oportunidade de vida eterna (Ausubel, 1964).

No Japão, os rituais religiosos encorajam os sobreviventes a manter contato com os mortos. As famílias mantêm um altar no lar dedicado a seus ancestrais, falam com seus entes queridos falecidos e oferecem-lhe comida ou charutos. No Gâmbia, os mortos são considerados parte da comunidade; entre americanos nativos, os Hopi temem os espíritos dos mortos e tentam esquecer uma pessoa falecida o mais rápido possível. Os muçulmanos no Egito demonstram pesar através de expressões de tristeza profunda; os muçulmanos em Bali são encorajados a suprimir a tristeza, a rir e a ficar felizes (Stroebe, Gergen, Gergen e Stroebe, 1992). Todos esses costumes e essas práticas ajudam a lidar com a morte e com o luto através de significados culturais bem compreendidos que oferecem uma âncora estável em meio à turbulência da perda.

Alguns costumes sociais modernos evoluíram de outros mais antigos. Embalsamar remonta à prática comum no Egito e na China antiga: a *mumificação*, preservação de um corpo para que a alma possa retornar a ele. Um costume judaico tradicional é jamais deixar uma pessoa moribunda sozinha. Os antropólogos sugerem que o motivo original para isso pode ter sido uma crença de que os espíritos do mal pairam ao redor, tentando entrar no corpo moribundo (Ausubel, 1964). Esses rituais proporcionam às pessoas que enfrentam uma perda algo previsível e importante para fazer em um momento em que elas, de outro modo, poderiam sentir-se confusas e impotentes.

Enfrentando a Morte e a Perda: Questões Sociais e Psicológicas

Um dos trechos mais comoventes do clássico do século XIX *Little Women*, romance de Louisa May Alcott (1868-19629), é o capítulo que reconta o último ano na vida da bondosa Beth, que amava o lar - relato baseado na morte da irmã de Alcott aos 23 anos (Myerson, Shealy e Stern, 1987). Na época de Alcott, a morte era um fato freqüente, normal e esperado, às vezes acolhido como final pacífico para o sofrimento. Cuidar de alguém moribundo em casa, como fez a família de Alcott, era uma experiência comum (e ainda o é em muitas culturas rurais contemporâneas). Olhando a morte nos olhos todos os dias, tanto adultos como crianças absorviam uma verdade importante: que morrer faz parte de viver, e confrontar o fim da vida pode dar um significado mais profundo para a vida como um todo.

Avanços na medicina e saneamento durante o século XX trouxeram uma "revolução na mortalidade", especialmente em países desenvolvidos. As mulheres hoje têm menos risco de morrer no parto, os bebês têm mais chances de sobreviver ao primeiro ano, as crianças têm mais chances de chegar à idade adulta, os adultos tendem a alcançar a velhice, e pessoas mais velhas, muitas vezes, podem superar doenças com as quais cresceram acreditando serem fatais.

À medida que a morte tornou-se um fenômeno da idade avançada, ela se tornou "invisível e abstrata" (Fulton e Owen, 1987-1988, p. 380). Muitas pessoas mais velhas viviam e morriam em comunidades de aposentados. O cuidado aos moribundos e aos mortos tornou-se, sobretudo, uma tarefa para profissionais. Convenções sociais, como isolamento da pessoa moribunda em um hospital ou em uma clínica de repouso e recusa em conversar abertamente sua condição, refletiam e perpetuavam atitudes de evitação e de negação da morte. A morte - mesmo dos muito velhos - passou a ser considerada um fracasso do tratamento médico, e não um fim natural da vida (McCue, 1995).

Hoje, a violência na sociedade, o abuso de drogas, a pobreza e a disseminação da AIDS tornam difícil negar a realidade da morte. As questões da qualidade *versus* quantidade de vida e o "direito a morrer" estão sempre nos noticiários. A tanatologia, o estudo da morte e do morrer, está despertando interesse, e programas educacionais foram criados para ajudar as pessoas a lidar com o morte. Devido ao custo proibitivo da assistência hospitalar estendida que não pode salvar os doentes terminais, muito mais mortes estão ocorrendo em casa (Techner, 1994).

Juntamente com a tendência crescente de encarar a morte honestamente, surgiram movimentos para tornar o morrer mais humano. Elas incluem assistência em asilos e grupos de apoio de auto-ajuda para pessoas moribundas e para suas famílias. A *assistência em asilos* constitui-se de cuidados pessoais, centrados no paciente e na família, para os que têm doenças incuráveis. Seu enfoque é a *assistência paliativa*: alívio da dor e do sofrimento, controle de sintomas, manutenção de uma qualidade de vida satisfatória e a permissão de se morrer com paz e dignidade. Esse tipo de assistência geralmente ocorre em casa, mas esses cuidados podem ser prestados em um hospital ou em outra instituição, em um centro de assistência ou mediante um misto de assistência institucional e domiciliar. Membros da família costumam assumir a parte ativa. Em 1996, cerca de 1.800 programas hospitalares e agências domiciliares de assistência à saúde nos Estados Unidos forneceram assistência desse tipo a cerca de 59.400 pacientes, a maioria dos quais tinha câncer ou doença cardíaca (Haupt, 1998).

"Etapas" do Morrer

Como as pessoas lidam com a morte iminente? Segundo a psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, a maioria das pessoas que estão morrendo apreciam a oportunidade de falar abertamente sobre sua condição e estão cientes de estarem próximas da morte, mesmo que isso não lhes tenha sido dito. Depois de falar com 500 pacientes com doenças incuráveis, Kübler-Ross (1969, 1970) delineou cinco etapas na conciliação com a morte: (1) *negação* (recusa em aceitar a realidade do que está acontecendo); *raiva*; (3) *barganhar por mais tempo*; (4) *depressão* e, por fim, (5) *aceitação*. Também propôs uma progressão semelhante nos sentimentos das pessoas que enfrentam luto iminente (Kübler-Ross, 1975).

O modelo de Kübler-Ross tem sido criticado. Embora as emoções que ela descreveu sejam comuns, nem todo mundo passa pelas cinco etapas e não necessariamente na mesma seqüência. Uma pessoa pode oscilar entre raiva e depressão, por exemplo, ou pode sentir as duas coisas ao mesmo tempo. Infelizmente, alguns profissionais da saúde assumem que essas etapas são inevitáveis e universais, e outros acham que fracassarão se não puderem levar um paciente à etapa final de aceitação. Morrer, como viver, é uma experiência individual. Para algumas pessoas, a negação ou a raiva pode ser um modo mais saudável de enfrentar a morte do que a calma aceitação. A descrição de Kübler-Ross, portanto, não deve ser vista como um modelo universal ou como um critério para uma "boa morte".

Padrões de Pesar

O pesar, como o morrer, é uma experiência altamente pessoal. Hoje, a pesquisa contesta noções anteriores de um único padrão "normal" de pesar e uma seqüência "normal" de recuperação. Uma viúva que conversa com seu marido morto poderia no passado ser considerada emocionalmente perturbada; hoje isso é reconhecido como um comportamento comum e útil (Lund, 1993b). Embora algumas pessoas recuperem-se com rapidez após o luto, outras nunca o fazem.

Talvez o padrão mais amplamente estudado de pesar tenha três etapas, em que a pessoa de luto aceita a dolorosa realidade da perda, pouco a pouco solta o laço com a pessoa que faleceu e readapta-se à vida pelo desenvolvimento de novos interesses e relacionamentos. Esse processo de *trabalho de luto*, a resolução de questões psicológicas ligadas ao pesar, geralmente segue o seguinte trajeto - embora, como com as etapas de Kübler-Ross, ele possa variar (Brown e Stoudemire, 1983; Schulz, 1978).

1. *Choque e descrença.* Logo após a morte, os sobreviventes costumam sentir-se perdidos e confusos. A medida que a perda se sedimenta-se, o torpor inicial dá lugar para sentimentos esmagadores de tristeza e para o choro freqüente. A primeira etapa pode durar várias semanas, especialmente após uma morte repentina ou inesperada.
2. *Preocupação com a memória da pessoa falecida.* Na segunda etapa, que pode durar seis meses ou mais, o sobrevivente tenta conciliar-se com a morte, mas ainda não a aceita. Uma viúva pode reviver a morte de seu marido e todo o seu relacionamento. De tempos em tempos ela pode ser tomada por um sentimento de que seu marido morto está presente. Essas experiências diminuem com o tempo, embora possam voltar a ocorrer - talvez por anos - em datas como o aniversário de casamento ou da morte.
3. *Resolução.* A etapa final chega quando a pessoa de luto renova o interesse em atividades cotidianas. As lembranças da pessoa morta trazem sentimentos de afeto misturados com tristeza, em lugar de dor profunda e saudade.

Embora o padrão de trabalho de luto recém-descrito seja comum, o pesar não segue necessariamente uma linha reta do choque à resolução. Um grupo de psicólogos (Wortman e Silver, 1989) analisaram estudos de reações a perdas importantes: a morte de um ente querido ou perda da mobilidade devido a dano na espinha. Esses pesquisadores constataram que algumas idéias comuns são mais mito do que fato.

Em primeiro lugar, a depressão está longe de ser universal. De três semanas a dois anos após a perda, apenas de 15 a 35% das viúvas, viúvos e vítimas de dano à medula espinhal apresentavam sinais de depressão. *Em segundo*, a incapacidade de demonstrar sofrimento no início não causa necessariamente problemas; as pessoas que ficaram mais perturbadas imediatamente após uma perda ou um dano eram as que tendiam a estar mais perturbadas até dois anos depois. *Em terceiro lugar*, nem todo mundo precisa "trabalhar" uma perda ou beneficiar-se-á com isso; algumas das pessoas que fizeram o trabalho de luto mais intenso tiveram mais problemas depois. *Em quarto lugar*, nem todo mundo retorna à normalidade rapidamente. Mais de 40% de viúvas e viúvos demonstram ansiedade moderada à grave até quatro anos após a morte de um cônjuge, especialmente se ela tiver sido repentina. *Em quinto*, as pessoas nem sempre conseguem resolver sua dor e aceitar sua perda. Pais e cônjuges de pessoas que morrem em acidentes de carro costumam ter memórias dolorosas do ente querido mesmo depois de muitos anos (Wortman e Silver, 1989).

Em vez de um único padrão de três etapas, essa pesquisa constatou três principais padrões de pesar. No padrão geralmente esperado, o enlutado passa da angústia intensa para a angústia reduzida. Em um segundo padrão, o enlutado não sente angústia intensa imediatamente ou depois. Em um terceiro padrão, o enlutado permanece angustiado por muito tempo (Wortman e Silver, 1989).

A descoberta de que o pesar assume formas e padrões tem importantes implicações para ajudar as pessoas a lidar com a perda. Pode ser desnecessário e até prejudicial incitar ou levar os enlutados a "trabalhar" uma perda ou esperar que eles sigam um padrão definido de reações emocionais - assim como pode ser desnecessário e prejudicial esperar que todos os pacientes que estão morrendo passem pelas etapas de Kübler-Ross. O respeito pelas diferentes formas de demonstrar pesar pode ajudar os enlutados a lidar com a perda sem fazê-los achar que suas reações são anormais.

A maioria das pessoas que estão de luto são capazes, com a ajuda da família e dos amigos, de se conciliar com sua perda e de voltar a viver normalmente. Para algumas, entretanto, indica-se *terapia para perda*. Terapeutas profissionais ajudam os sobreviventes a expressar tristeza, culpa, hostilidade e raiva. Eles encorajam os clientes a rever os

relacionamentos com os falecidos e a incorporar a realidade da morte em sua vida. Ao ajudarem as pessoas a lidar com o pesar, os conselheiros precisam levar em conta tradições étnicas e familiares e diferenças individuais.

Morte e Luto Durante o Ciclo de Vida

Não existe um modo único de ver a morte em qualquer idade; as atitudes das pessoas perante ela refletem sua personalidade e sua experiência, assim como o quanto elas acreditam estarem próximas de morrer. Mesmo assim, existem amplas diferenças de desenvolvimento. Como sugere o modelo de momento de ocorrência dos eventos, a morte provavelmente não significa a mesma coisa para um homem de 85 anos sofrendo de artrite extremamente dolorosa, para uma mulher de 56 no auge de uma carreira brilhante em advocacia que descobre que tem câncer de mama e para um adolescente de 15 anos que morre de uma overdose de drogas. Mudanças típicas nas atitudes perante a morte durante o ciclo de vida dependem tanto do desenvolvimento cognitivo como do momento normativo ou não-normativo do evento.

Infância

Somente entre as idades de 5 e 7 anos a maioria das crianças entende que a morte é *irreversível* - que uma pessoa, animal ou flor não voltarão a viver. Aproximadamente na mesma idade, as crianças percebem dois outros importantes conceitos sobre a morte: primeiro, que ela é *universal* (todas as coisas vivas morrem); segundo, que uma pessoa morta é *não-funcional* (todas as funções vitais cessam com a morte). Antes disso, as crianças podem acreditar que determinados grupos de pessoas (digamos, pais, professores e crianças) não morrem, que uma pessoa que é suficientemente inteligente ou sortuda pode evitar a morte e que elas mesmas serão capazes de viver para sempre. Também podem acreditar que uma pessoa morta ainda é capaz de pensar e de sentir. Os conceitos de irreversibilidade, de universalidade e de cessação das funções geralmente se desenvolvem em uma época em que, segundo Piaget, as crianças passam do pensamento pré-operacional para o pensamento operacional concreto (Speece e Brent, 1984). Podemos ajudar as crianças a compreender a morte introduzindo-as ao conceito em idade precoce e estimulando-as a falar sobre o assunto. A morte de um animal de estimação pode oferecer uma oportunidade natural para isso. Se outra criança morre, os pais e professores precisam tentar aplacar as ansiedades das crianças que sobreviveram.

Seis por cento das crianças norte-americanas com menos de 10 anos perderam ao menos um dos pais. Mais perderam avós, muitos dos quais tendo desempenhado um papel importante em sua vida. Algumas pranteiam as mortes de irmãos, de outros parentes ou de amigos (AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 1992).

A forma de demonstrar pesar depende do desenvolvimento cognitivo e emocional das crianças. As crianças, às vezes, expressam pesar com raiva, com atos inconscientes ou recusando-se a admitir uma morte, como se fingir que uma pessoa ainda está viva a fará viver. Podem ficar confusas com os eufemismos dos adultos: de que alguém "expirou" ou de que a família "perdeu" alguém ou que alguém está "dormindo" e jamais vai acordar. Uma perda é mais difícil se a criança tem um relacionamento problemático com a pessoa que morreu; se um genitor sobrevivente perturbado depende demais da criança; se a morte for inesperada, especialmente se for um assassinato ou um suicídio; se a criança tiver tido problemas comportamentais ou emocionais anteriormente; se não houver apoio da família e da comunidade (AAP Committee on Psychological Aspects of Child and Family Health, 1992).

Os pais ou outros cuidadores podem ajudar as crianças a lidar com o luto estimulando-as a entender que a morte é definitiva e que elas não causaram a morte por seus maus pensamentos ou mau comportamento. As crianças precisam ser tranquilizadas de que continuarão recebendo cuidado de adultos com carinho. Geralmente é melhor fazer o mínimo de mudanças possível no ambiente, nos relacionamentos e nas atitudes.

des diárias da criança; responder às perguntas de maneira simples e honesta e encorajar a criança a falar sobre a pessoa que faleceu.

Adolescência

A morte não é algo sobre o qual os adolescentes normalmente pensam muito, a menos que se vejam diante dela. Mesmo assim, em muitas comunidades em que os adolescentes (e até crianças mais jovens) vivem, a violência e a ameaça de morte são fatos inescapáveis da vida diária. Muitos adolescentes correm riscos sem pensar. Pegam carona, dirigem de maneira imprudente e experimentam drogas e sexo - muitas vezes, com trágicos resultados. Em seu anseio por descobrir e por expressar sua identidade, podem estar mais preocupados com *como* vivem do que com *quanto tempo* viverão.

O suicídio é a terceira principal causa de morte entre jovens de 15 a 24 anos, e a principal causa são os acidentes, alguns dos quais podem, na verdade, ser suicídios (NCHS, 1998a). Adolescentes do sexo masculino apresentam cinco vezes mais chances de tirarem sua vida (NIMH, 1999a, 1999b).

Os jovens que tentam o suicídio tendem a ter histórias de doença emocional: depressão, abuso de drogas ou de álcool, comportamento anti-social ou agressivo ou personalidade instável. Também tendem a ter tentado o suicídio antes ou a ter amigos ou membros da família que se suicidaram (Garland e Zigler, 1993; NIMH, 1999a, 1999b; Slap, Vorters, Chaudhuri e Centor, 1989; "Suicide - Part I", 1996).

Adolescentes suicidas tendem a ter má opinião sobre si mesmos, a se sentirem impotentes e a terem fraco controle de impulsos e baixa tolerância à frustração e ao estresse. Esses jovens costumam estar alienados de seus pais e não ter ninguém de fora da família para recorrer. Muitos pertencem a famílias perturbadas ou desfeitas - muitas vezes, com história de desemprego, de aprisionamento ou de comportamento suicida - e uma grande parcela sofreram abuso ou negligência (Deykin, Alpert e McNamara, 1985; Garland e Zigler, 1993; Slap et al., 1989; "Suicídio- Parte I", 1996; Swedo et al., 1991). Rapazes homossexuais e bissexuais têm maior risco (Remafedi, French, Story, Resnick e Blum, 1998).

A pronta disponibilidade de armas em casa é um fator importante no aumento dos suicídios entre os adolescentes (Rivara e Grossman, 1996). Embora alguns jovens que *tentam* se suicidar o fazem tomando comprimidos ou ingerindo outras substâncias, aqueles que *são bem-sucedidos* tendem a utilizar armas de fogo (Garland e Zigler, 1993).

Alguns programas de prevenção a suicídio podem ser prejudiciais, exagerando a extensão do suicídio adolescente e retratando-o como uma reação aos estresses normais da adolescência, e não como um ato patológico. Em vez disso, os programas devem identificar e tratar os jovens em maior risco de suicídio, inclusive aqueles que já tentaram se suicidar. Igualmente importante é combater os fatores de risco através de programas para reduzir o abuso de substância e para fortalecer as famílias (Garland e Zigler, 1993; NIMH, 1999a, 1999b).

Idade Adulta

Jovens adultos que concluíram sua educação e envolveram-se na carreira, no casamento ou na criação de filhos geralmente estão ávidos para viver a vida para a qual se prepararam. Caso repentinamente sejam atingidos por uma doença ou por um dano potencialmente fatal, tendem a ficar extremamente frustrados. A frustração pode converter-se em raiva, o que pode torná-los pacientes hospitalares difíceis.

Hoje em dia, muitas pessoas que desenvolvem AIDS aos 20 ou 30 anos - com frequência, homossexuais do sexo masculino - precisam confrontar as questões da morte e do morrer em uma idade na qual normalmente estariam lidando com as questões da idade adulta inicial, como estabelecer um relacionamento íntimo. Em vez de terem uma longa vida de perdas como preparação para a perda final de vida, "os homossexuais masculinos podem descobrir sua saúde, a saúde de seus amigos e o tecido de sua comunidade, todos desabarem juntos" (Cadwell, 1994, p. 4).

Na meia-idade, a maioria das pessoas percebe com mais clareza do que antes que vão de fato morrer. Seus corpos podem sinalizar que já não são jovens, ágeis e vigorosas quanto antes. Cada vez mais elas pensam sobre quantos anos podem lhes restar e como melhor aproveitar esse anos (Neugarten, 1967). Muitas vezes - especialmente após a morte de ambos os pais - surge uma nova consciência de ser a geração mais velha que é a próxima na fila para morrer (Scharlach e Fredriksen, 1993).

Adultos mais velhos possuem sentimentos mistos sobre a perspectiva de morrer. Perdas físicas e outros problemas e perdas da velhice podem diminuir seu prazer e seu desejo de viver (McCue, 1995). Por outro lado, quando perguntou-se a 414 pacientes hospitalizados em seus 80 e 90 anos quanto tempo estariam dispostos a trocar por uma saúde excelente, cerca de dois terços não estavam dispostos a abrir mão de mais de um mês de vida (Tsevat et al., 1998). Segundo Erikson, adultos mais velhos que resolvem a crise final de *integridade versus desespero* (ver Capítulo 18) alcançam a aceitação tanto do que fizeram com suas vidas como de sua morte iminente. Um modo de alcançar essa resolução é mediante uma *recapitulação de vida*, discutida posteriormente nesse capítulo. As pessoas que pensam que sua vida foi significativa e que se adaptaram a suas perdas podem ser mais capazes de enfrentar a morte.

Três perdas especialmente difíceis que podem ocorrer durante a idade adulta são as mortes do cônjuge, de um progenitor e de um filho.

A Morte do Cônjuge

A viuvez é um dos maiores desafios emocionais que podem confrontar um ser humano. Por tenderem a viver mais do que os homens e serem mais jovens do que seus maridos, as mulheres apresentam maior tendência a enviuvar.

Existe uma grande probabilidade de que uma pessoa enviuvada logo seguirá o cônjuge para o túmulo. Em um estudo finlandês em grande escala, uma mulher ou, principalmente, um homem tinha grande probabilidade de morrer no período de cinco anos após a morte do cônjuge. O risco era maior para jovens adultos e para aqueles cuja perda ainda era recente (Martikainen e Valkonen, 1996).

Muitos adultos constataram que adultos idosos adaptam-se melhor à viuvez do que adultos mais jovens (DiGiulio, 1992). Em geral, entretanto, a idade não é um fator importante no processo de luto, e sim as habilidades de enfrentamento. As pessoas que têm prática para enfrentar a perda e que desenvolveram recursos eficazes de enfrentamento - auto-estima e competência para atender às demandas da vida cotidiana - são mais capazes de lidar com o luto (Lund, 1993b).

O sobrevivente de um longo casamento tende a enfrentar muitos problemas práticos e emocionais. Um bom casamento pode deixar um grande vazio emocional. Mesmo que o casamento tenha sido conturbado, o enviuvado tende a sentir a perda. Essa perda pode ser especialmente difícil para uma mulher que estruturou sua vida e sua identidade em torno do cuidado de seu marido. Mulheres viúvas apresentam elevadas taxas de depressão, pelo menos durante os primeiros cinco anos após a morte (Marks e Lambert, 1998).

Dificuldades econômicas podem ser um grande problema. Quando o marido era o principal arrimo, sua esposa fica privada da renda dele; quando o marido fica viúvo, ele precisa pagar por muitos dos serviços que sua esposa prestava. Quando ambos os cônjuges estava empregados, a perda de uma das rendas pode ser um choque.

A vida social também muda. Amigos e família geralmente se unem ao lado do enlutado imediatamente após a morte, mas depois podem retornar a sua vida rotineira (Brubaker, 1990). Mesmo assim, viúvos e viúvas vêem os amigos com mais frequência do que o fazem as pessoas casadas (Field e Minkler, 1988).

Embora leve tempo para que a dor cure, a maioria dos casados por fim reconstrói sua vida. Solidão, tristeza e depressão dão lugar à confiança na capacidade de viverem sozinhos. As pessoas que melhor se adaptam são as que se mantêm ocupadas, assumem novos papéis (como novo trabalho remunerado ou voluntário) ou tornam-se mais envolvidas em atividades correntes. Elas vêem os amigos com frequência e podem participar de grupos de apoio ou de auto-ajuda (Lund, 1989, 1993b). Filhos adultos podem ser uma importante fonte de assistência e de apoio emocional (Suitor, Pillemer, Keeton e Robison, 1995). A capacidade de falar abertamente sobre sua experiência pode ajudar algumas pessoas a encontrar significado e coerência na transição para a viuvez (van den Hoonaard, 1999).

Viúvos idosos são quatro vezes mais propensos ao segundo casamento do que viúvas idosas (Carstensen e Pasupathi, 1993), em parte porque o número de mulheres disponíveis é muito maior do que o de homens disponíveis. A necessidade de intimidade também pode ser um fator. Se um marido tem um confidente, este tende a ser sua esposa, ao passo que as esposas (que geralmente possuem mais amizades íntimas) tendem a confidenciar com alguém fora do casamento (Tower e Kasl, 1996). Muitas viúvas

não estão interessadas em outro casamento (Talbot, 1998). As mulheres geralmente são capazes de lidar com suas necessidades domésticas e podem relutar em abrir mão da pensão dos sobreviventes ou a liberdade de viver sozinho, ou enfrentar a perspectiva de cuidar de um marido enfermo, talvez pela segunda vez.

Perdendo um dos Pais

Pouca atenção tem sido dada ao impacto da morte de um genitor sobre um filho adulto. Hoje, com expectativas de vida mais longas, essa perda, muitas vezes, ocorre na meia-idade (Umberson e Chen, 1994).

Entrevistas aprofundadas com 83 voluntários de 35 a 60 anos constaram que a maioria dos filhos adultos que perderam um dos pais ainda experimentam sofrimento emocional - de tristeza e choro até depressão e pensamentos suicidas - após um a cinco anos, especialmente após a perda da mãe (Scharlach e Fredriksen, 1993). Mesmo assim, a morte de um genitor pode ser uma experiência de amadurecimento. Ela pode impelir as pessoas a resolver questões de desenvolvimento importantes: realizar um senso de identidade mais forte e uma consciência mais premente e realista de sua própria mortalidade, juntamente com um maior senso de responsabilidade, comprometimento e conexão com os outros (Moss e Moss, 1989; Scharlach e Fredriksen, 1993).

A morte de um genitor costuma trazer mudanças em outros relacionamentos (Moss e Moss, 1989; Scharlach e Fredriksen, 1993). Um filho adulto que perdeu um genitor pode assumir maior responsabilidade pelo genitor que sobreviveu e pela manutenção da união familiar. As intensas emoções do luto podem aproximar os irmãos, ou eles podem superar as diferenças que surgiram durante a enfermidade final do genitor. A morte de um genitor pode libertar um filho adulto para passar mais tempo e energia em relacionamentos que foram temporariamente negligenciados para atender às necessidades de assistência. Ou a morte pode libertar um filho adulto para abandonar um relacionamento que estava sendo mantido para satisfazer as expectativas do genitor.

O reconhecimento do caráter final da morte e a impossibilidade de dizer mais alguma coisa ao genitor falecido motiva algumas pessoas a resolver perturbações em seus laços com os vivos enquanto ainda há tempo. Algumas pessoas são levadas a se reconciliar com seus próprios filhos adultos. Às vezes, irmãos afastados, percebendo que o genitor que os unia não está mais presente, tentam preencher a lacuna.

Perdendo um Filho

Outrora, não era incomum que um pai enterrasse um filho. Hoje, com os avanços da medicina e com o aumento na expectativa de vida nos países industrializados, a mortalidade infantil atingiu os menores índices já registrados, e uma criança que sobrevive ao primeiros anos de vida é muito mais propensa a viver até a velhice.

Os pais raramente estão preparados emocionalmente para a morte de um filho. Uma morte assim, qualquer que seja a idade, chega como um choque cruel e antinatural, um evento inoportuno que, no curso normal dos acontecimentos, não deveria ter acontecido. Os pais podem achar que fracassaram, por mais que amassem e se importassem com o filho, talvez achando difícil aceitar a perda.

Se um casamento é forte, o casal pode unir-se, apoiando-se mutuamente em sua perda comum. Mas, em outros casos, a perda enfraquece e destrói o casamento. Questões não-resolvidas oriundas da morte de um filho costumam levar ao divórcio, mesmo anos depois (Brandt, 1989).

Embora cada genitor enlutado deva enfrentar o pesar de sua própria maneira, alguns descobrem que mergulhar no trabalho, nos interesses e em outros relacionamentos ou participar de um grupo de apoio aplaca o sofrimento. Alguns amigos bem-intencionados dizem aos pais para não se fixarem na perda, mas lembrarem-se do filho de um modo significativo, podendo isso ser exatamente o que eles precisam fazer.

Questões Médicas, Legais e Éticas: O Direito de Morrer

As pessoas têm direito de morrer? Em caso afirmativo, sob que circunstâncias? Deveria uma pessoa com uma doença incurável que quer cometer suicídio ter a permissão para

ou ser ajudada a cometê-lo? Deveria um médico prescrever remédios que aliviem a dor, mas que podem encurtar a vida do paciente? E quanto a dar uma injeção letal para findar o sofrimento do paciente? Quem decide que não vale a pena prolongar a vida? Essas são algumas das complexas questões morais, éticas e legais que confrontam indivíduos, famílias, médicos e sociedade - questões que envolvem qualidade de vida e a natureza das circunstâncias da morte.

Suicídio

Embora o suicídio não seja mais crime nas sociedades modernas, ainda existe um estigma contra ele, baseado em proibições religiosas e no interesse da sociedade em preservar a vida. Uma pessoa que expressa pensamentos suicidas pode ser considerada - muitas vezes, por bons motivos - mentalmente doente. Por outro lado, à medida que cresce a longevidade e, com isso, o risco de doença degenerativa de longo prazo, um número crescente de pessoas considera a escolha deliberada de um adulto maduro de um tempo para findar sua vida uma decisão racional e um direito a ser defendido.

Em 1998, segundo dados preliminares, mais de 29 mil pessoas nos Estados Unidos cometeram suicídio, tornando-o a oitava principal causa de morte. Além disso, a taxa anual de suicídio nos Estados Unidos - 10,8 mortes a cada 100 mil habitantes (Martin et al., 1999) - é moderada quando comparada com taxas de alguns outros países industriais (McIntosh, 1992; "Suicide -Part I", 1996). As taxas de suicídio aumentam acentuadamente após desastres naturais, como enchentes, furacões e terremotos, que podem causar danos e grande perda financeira (Krug et al., 1998).

As estatísticas provavelmente subestimam o número de suicídios, pois muitos não são notificados e alguns (como "acidentes" de trânsito e overdoses acidentais de medicamentos) não são reconhecidos como tal. Além disso, os números sobre o suicídio, muitas vezes, não incluem *tentativas* de suicídio; estima-se que de 10 a 40% das pessoas que cometem suicídio já o tentaram antes (Meehan, 1990; "Suicide -Part II", 1996). Homens norte-americanos acabam com sua vida com frequência quatro vezes maior do que mulheres, embora o número de mulheres que tentam o suicídio seja o dobro do de homens. (NIMH, 1999a, 1999b). Norte-americanos brancos têm quase duas vezes mais chances de cometer suicídio do que afro-americanos, americanos hispânicos e americanos asiáticos ou das Ilhas do Pacífico, mas um pouco menos chance do que americanos indianos (NCHS, 1998a).

Na maioria dos países, o suicídio é mais prevalente entre idosos (McIntosh, 1992). Nos Estados Unidos, de longe a taxa mais elevada de suicídio durante o ciclo de vida é constatada entre homens brancos mais velhos, principalmente os de 85 anos ou mais (NCHS, 1998a; NIMH, 1999b). Afro-americanos idosos são muito menos propensos ao suicídio (NCHS, 1998a), talvez devido, em parte, à religião, e, em parte, ao fato de estarem acostumados a enfrentar golpes fortes. O suicídio entre idosos costuma ocorrer em conjunção com a depressão, com o abuso de álcool e com o isolamento social. Adultos mais velhos que tentam o suicídio são mais propensos do que adultos mais jovens a efetivá-lo, talvez porque tendem a utilizar métodos mais letais, especialmente armas de fogo (CDC, 1996).

Embora algumas pessoas que pretendem suicidar-se escondam cuidadosamente seus planos, muitas vezes, existem sinais de aviso, os quais podem incluir afastar-se da família e dos amigos, falar sobre a morte, sobre o além-mundo ou sobre o suicídio; doar bens valiosos; abusar de drogas e álcool; e mudar a personalidade, como raiva não-usual, tédio ou apatia. As pessoas que estão prestes a se matar podem negligenciar sua aparência, afastar-se do trabalho ou de outras atividades habituais, queixar-se de problemas físicos quando não há nada de errado organicamente ou dormir ou comer em demasia ou menos do que o usual. Costumam apresentar sinais de depressão, como dificuldade incomum para se concentrar, perda de auto-estima e sentimentos de impotência, de desesperança, de ansiedade extrema ou de pânico. Na verdade, 9 de cada 10 pessoas que se matam sofrem de depressão ou de outro transtorno mental ou transtorno por uso de drogas (NIMH, 1999a).

Eutanásia e Suicídio Assistido

Em Milwaukee, Wisconsin, um homem de 79 anos visitou sua esposa de 62 em uma clínica de repouso. Anteriormente bem-sucedida nos negócios, a esposa então sofria do mal

de Alzheimer, gritava o tempo todo e era incapaz ou não queria falar. O homem levou a cadeira de rodas da esposa a um vão de escada onde a matou com um tiro de revólver. O promotor público que processou o marido chamou sua ação de "clássico crime em primeiro grau", mas o júri recusou-se a indiciá-lo, e ele ficou livre (Malcom, 1984).

Este marido alegou estar praticando eutanásia ("morte boa"). Em caso afirmativo, seu ato foi um exemplo de *eutanásia ativa* (às vezes, chamada de *morte por misericórdia*), ação tomada deliberadamente para encurtar a vida a fim de cessar o sofrimento ou de permitir que uma pessoa com doença incurável morra com dignidade. A *eutanásia passiva* consiste na suspensão ou na interrupção de tratamento que pode prolongar a vida de um paciente com doença incurável, como medicação, sistemas de suporte vital ou sondas de alimentação. A eutanásia ativa geralmente é ilegal; a eutanásia passiva, em algumas circunstâncias, não. Uma questão importante com respeito a qualquer uma das formas de eutanásia é se ela é *voluntária*, ou seja, se ela é feita por solicitação direta, ou se foi o resultado de cumprir os desejos expressados da pessoa que irá morrer.

O *suicídio assistido* - em que um médico ou outra pessoa ajuda a pessoa a se matar, por exemplo, prescrevendo ou obtendo drogas ou permitindo que um paciente aspire um gás mortal - é ilegal na maioria dos lugares, mas recentemente ocupou o primeiro plano do debate público. O suicídio assistido é, em princípio, semelhante à eutanásia voluntária ativa, pois, por exemplo, um paciente pede e recebe uma injeção letal. A principal diferença é que no suicídio assistido a pessoa que quer morrer realiza o ato propriamente dito. Todas essas são formas diferentes do que, às vezes, chama-se *auxílio para morrer*.

Diretivas de Avanço

As mudanças de atitude para com o *auxílio para morrer* podem ser atribuídas sobretudo à revolta contra tecnologias que mantêm os pacientes vivos contra sua vontade, apesar de intenso sofrimento e, às vezes, mesmo depois de o cérebro ter, para todas as finalidades práticas, parado de funcionar. A Corte Suprema dos Estados Unidos afirma que uma pessoa cujos desejos são claramente conhecidos tem o direito constitucional de se recusar ou de interromper tratamento de sustentação vital (Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 1990; Gostin, 1997). Os desejos de uma pessoa podem ser registrados antecipadamente em um documento chamado de *testamento em vida*.

Algumas leis de "testamento em vida" aplicam-se somente a pacientes com doença terminal, e não aos incapacitados por doença ou dano, mas que podem viver muitos anos sem dor profunda. Os testamentos em vida também não ajudam pacientes em coma ou em *estado vegetativo persistente*, nos quais, embora tecnicamente vivos, não têm consciência, tendo um funcionamento cerebral apenas rudimentar. Essas situações podem ser administradas por uma *procuração*, que nomeia outra pessoa para tomar decisões se o autor do documento se torna incompetente para isso. Diversos estados adotaram um formulário conhecido como *procuração médica*, expressamente para decisões sobre saúde.

Mesmo com diretivas de avanço, contudo, muitas pessoas morrem sofrendo após tratamento prolongado infrutífero. Preocupação com avaliação dos colegas, pressão da percepção de emergência médica ou comprometimento filosófico com a sustentação da vida podem levar médicos e enfermeiras a continuar com medidas "heróicas" a despeito da vontade do paciente (M. Solomon, 1993).

Em um estudo de cinco anos com cerca de 9 mil pacientes com doença terminal em cinco hospitais-escola, os médicos, muitas vezes, desconheciam o desejo dos pacientes de não serem ressuscitados em caso de parada cardíaca (The SUPPORT Principal Investigators, 1995). Segundo membros de famílias de pacientes que morreram, 10% desses pacientes discordavam com o tratamento que recebiam.

Esses achados levaram a Associação Médica Americana a formar uma Força-Tarefa de Tratamento de Qualidade no Fim da Vida. Muitos hospitais possuem hoje comitês de ética que criam diretrizes, analisam casos e ajudam médicos, pacientes e suas famílias em decisões sobre assistência no fim da vida (Simpson, 1996).

Auxílio Médico Para Morrer

Em setembro de 1996, um australiano de 60 anos com câncer de próstata em grau avançado foi a primeira pessoa a morrer legalmente por suicídio assistido. Sob uma lei aprovada nos Territórios do Norte, ele apertou uma tecla de computador que administrou

uma dose letal de barbitúricos ("Australian Man", 1996). Pouco tempo depois, a lei foi revogada (Ryan e Kaye, 1996).

Nos Estados Unidos, o suicídio assistido é ilegal em quase todos os Estados. Contudo, essa atividade, muitas vezes, ocorre secretamente, sem controle. A Associação Médica Americana opõe-se ao auxílio médico para morrer por ferir o juramento médico de "não causar dano". Mas os médicos podem administrar drogas que podem encurtar a vida se o objetivo é aliviar a dor - ainda que a distinção possa não ser clara (Gostin, 1997; Quill, Lo e Brock, 1997). À medida que a pressão pública concentra-se pelo "direito de morrer" dos doentes terminais, alguns estudiosos jurídicos e médicos questionam a significação de uma distinção entre negar assistência e ajudar uma pessoa a tirar sua própria vida (Orentlicher, 1996).

Com o número de votos favoráveis ao auxílio para morrer até três vezes maior do que os votos contra, alguns médicos estão cedendo aos pedidos do paciente (Castaneda, 1996; Lee et al., 1996; Quill, 1991; Suicide - Part II", 1996; Taylor, 1995). Uma pesquisa de âmbito nacional com 1.902 médicos cujas especialidades envolvem o tratamento de pacientes terminais constatou que, daqueles que receberam pedidos de auxílio com suicídio (18%) ou injeções letais (11%), cerca de 6% o atenderam pelo menos uma vez (Meier et al., 1998). Em uma eleição entre 352 médicos (Larson, 1995-1996), quase três quartos deles disseram que deveriam ter permissão para ajudar os pacientes a morrer com dignidade; desses, 95% eram a favor da descontinuação do suporte à vida, 37% aprovavam a provisão de meios para suicídio, e quase 13% disseram que administrariam medicação letal.

Apesar da mudanças de atitudes, a Corte Suprema dos Estados Unidos em 1997 repeliu os desafios às proibições estaduais sobre o suicídio assistido. A corte sustentava que o auxílio médico para morrer não é uma liberdade protegida pela constituição; portanto, está sujeita à regulamentação estadual. Medidas para legalizar o suicídio assistido para doentes terminais foram introduzidas em vários Estados, mas até agora apenas o Estado de Oregon conseguiu aprovar a lei.

Alguns especialistas jurídicos e éticos defendem todas as formas de eutanásia voluntária e de suicídio assistido, com salvaguardas para proteção contra a eutanásia involuntária. Eles alegam que a questão fundamental não é como ocorre a morte, mas quem toma a decisão, que não há diferença de princípio entre desligar um respirador e aplicar uma injeção letal ou prescrever uma overdose de remédios, e que uma pessoa suficientemente competente para controlar sua própria vida deve ter o direito de exercer esse controle. Eles sustentam que o auxílio para morrer, se amplamente disponível, reduziria o medo e a impotência, permitindo aos pacientes controlarem seu destino (Brock, 1992; Epstein, 1989).

Os opositores mantêm uma discussão entre eutanásia passiva, na qual a natureza pode seguir seu curso e diretamente causar a morte. Alegam que o suicídio assistido pelo médico inevitavelmente levaria à eutanásia voluntária, pois comprimidos auto-administrados nem sempre funcionam (Groenwoud et al., 2000). O passo seguinte na "ladeira escorregadia", advertem eles, seria a eutanásia involuntária, especialmente para pacientes incapazes de expressar seus desejos. Eles dizem que as pessoas que querem morrer, muitas vezes, estão temporariamente deprimidas e podem mudar de idéia com tratamento ou com medidas paliativas (Butler, 1996; Hendin, 1994; Latimer, 1992; Quill et al., 1997; Simpson, 1996; Singer, 1988; Singer e Siegler, 1990).

A limitada experiência sob a Lei de Morte com Dignidade do Oregon pode ajudar a mitigar algumas dessas preocupações. Em seus primeiros dois anos de operação, apenas 43 pessoas com doenças incuráveis a utilizaram para findar suas vidas. Menos da metade dos pacientes que procuraram suicídio assistido mudaram de idéia após intervenções paliativas (Ganzini et al., 2000).

Mesmo assim, um resultado salutar da controvérsia sobre o auxílio para morrer tem sido chamar a atenção para a necessidade de melhor tratamento paliativo e de maior atenção ao estado de espírito do paciente. Um pedido de auxílio para morrer pode oferecer uma oportunidade para explorar os motivos subjacentes a ele. Às vezes, uma consulta psiquiátrica pode detectar uma perturbação subjacente mascarada por uma solicitação aparentemente racional (Muskin, 1998). Em pacientes com doenças incuráveis, o desejo de viver pode oscilar muito, e, por isso, é essencial garantir que essa solicitação não seja apenas passageira (Chochinov, Tataryn, Clich e Dudgeon, 1999). Se medidas letais/orem tomadas, é importante que o médico esteja presente para garantir que a morte seja tão misericordiosa e tão livre de dor quanto for possível (Nuland, 2000).

A questão do auxílio para morrer tornar-se-á mais premente à medida que a população envelhecer. Grande parte do debate gira em torno da possibilidade de criar leis que permitam algumas formas de auxílio com proteções adequadas contra abuso (Baron et al., 1996; Callahan e White, 1996). Nos próximos anos, tanto os tribunais como o povo serão forçados a se reconciliar com essa questão, pois números crescentes de pessoas reclamam o direito de morrer com dignidade e com ajuda.

Encontrando Significado e Propósito na Vida

O personagem central de *A Morte de Ivan Ilych*, de Tolstói, é arruinado por uma doença mortal. Maior do que seu sofrimento físico é seu tormento mental. Ele se pergunta diversas vezes que significado têm sua agonia e convence-se que sua vida não teve propósito e que sua morte será igualmente sem sentido. No último minuto, porém, experimenta uma revelação espiritual, uma preocupação com sua esposa e com seu filho, a qual lhe dá um momento final de integridade e permite-lhe superar seu desespero.

O que Tolstói dramatizou na literatura está sendo confirmado pela pesquisa. Em um estudo com 39 mulheres cuja idade média era 76 anos, aquelas que identificavam maior propósito na vida eram as que tinham menos medo de morrer (Durlak, 1973). Inversamente, segundo Kübler-Ross (1975), enfrentar a realidade da morte é o segredo para viver uma vida significativa:

É a negação da morte que é parcialmente responsável pelas vidas vazias e sem sentido das pessoas, pois, quando você vive como se fosse viver para sempre, fica muito fácil adiar as coisas que você sabe que precisa fazer. Em contraste, quando você compreende plenamente que cada dia que você vive poderia ser o último, você utiliza o tempo daquele dia para crescer, para se tornar mais quem você realmente é, para se aproximar de outros seres humanos, (p. 164)

4

Reavaliar uma Vida

Em *Uma História de Natal*, de Charles Dickens, Scrooge muda seu jeito ganancioso e insensível depois de ter visões fantasmagóricas de seu passado, de seu presente e de futura morte. Em *Ikiru* ("Viver"), filme de Akira Kurosawa, um burocrata insignificante que descobre que está morrendo de câncer recorda o vazio de sua vida e, em uma explosão final de energia, cria um legado significativo empreendendo um projeto para um parque infantil, que antes havia bloqueado. Esses personagens ficcionais tornam o tempo que lhes resta mais significativo através de uma *reavaliação da vida*, processo de recordação que permite que uma pessoa veja a importância de sua vida.

A reavaliação da vida pode, evidentemente, ocorrer em qualquer época. Contudo, ela pode ter especial significado na velhice, quando ela pode promover integridade do ego - segundo Erikson, a tarefa final crítica do ciclo de vida. À medida que o fim da jornada se aproxima, as pessoas podem examinar suas realizações e seus fracassos e perguntar a si mesmas o que sua vida significou. A consciência da mortalidade pode ser um impulso para reavaliar valores e ver nossas experiências e nossas ações sob uma nova perspectiva. Algumas pessoas encontram a vontade de concluir tarefas inacabadas, como se reconciliar com familiares ou com amigos afastados e, assim, alcançam um sentimento prazeroso de proximidade.

Nem todas as memórias são igualmente profícuas à saúde mental e ao crescimento. Pessoas mais velhas que utilizam a memória para a autocompreensão demonstram maior integridade do ego, enquanto aquelas que nutrem apenas lembranças agradáveis demonstram menos [integridade do ego]. Os mais fracamente adaptados são os que se mantêm recordando fatos negativos e são obcecados por arrependimento, pela desesperança e pelo medo de morrer; sua integridade do ego cedeu ao desespero (Sherman, 1993; Walasky, Whitbourne e Nehrke, 1983-1984).

A terapia de reavaliação da vida pode ajudar a enfocar o processo natural de examinar a vida e a torná-lo mais consciente, significativo e eficiente (Butler, 1961; Lewis e Butler, 1974). Métodos com frequência utilizados para revelar memórias na terapia de

recapitulação da vida (que também pode ser utilizada pelos indivíduos por sua própria conta) incluem escrever ou gravar sua autobiografia; construir uma árvore genealógica; conversar sobre álbuns de fotografia, cartas antigas e outras coisas dignas de serem lembradas; fazer uma viagem de volta aos ambientes da infância e da idade adulta jovem; fazer reuniões com antigos colegas de escola e de trabalho ou com familiares distantes; descrever tradições étnicas; recapitular o trabalho de sua vida.

Desenvolvimento: Um Processo Vitalício

No final de seus 70 anos, o artista Pierre-Auguste Renoir sofria de artrite e de bronquite crônica e havia perdido a esposa. Ele passava os dias em uma cadeira de rodas, e sua dor era tão grande, que ele não conseguia dormir à noite. Ele não era capaz de segurar uma paleta ou um pincel: seu pincel tinha que ser amarrado a seu braço direito. Contudo, Renoir continuou produzindo pinturas brilhantes, repletas de cor e de vibração. Por fim, atingido por uma pneumonia, ficou de cama, observando algumas anêmonas que seu auxiliar havia colhido. Ele reuniu força suficiente para desenhar a forma dessas lindas flores e depois - pouco antes de morrer - voltou a se deitar e sussurrou: "Eu acho que agora estou começando a entender um pouco disso" (Hanson, 1968).

Mesmo a morte pode ser uma experiência de desenvolvimento. Como disse um profissional de saúde: "...existem coisas a serem obtidas, realizadas, no ato de morrer. Tempo com e para aqueles com quem nos relacionamos, alcançar um sentimento final e duradouro de valor próprio e uma prontidão em deixar passar são elementos inestimáveis de uma boa saúde" (Weinberger, 1999, p. F3).

Com um ciclo de vida limitado, ninguém pode realizar todas as suas potencialidades, gratificar todos os seus desejos, explorar todos os seus interesses ou experimentar toda a riqueza que a vida tem a oferecer. A tensão entre as possibilidades de crescimento e um tempo finito para efetuar o crescimento define a vida humana. Pela escolha de que possibilidades explorar e, continuando a persegui-las o máximo possível, mesmo até o próprio fim, toda pessoa contribui para a história inacabada do desenvolvimento humano.

Referências Bibliográficas

- Abbey, A., Andrews, F. M., & Halman, J. (1992). Infertility and subjective well-being: The mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 408-417.
- Abel, E. K. (1991). *Who cares for the elderly?* Philadelphia: Temple University Press.
- Abeles, N. (1998). President's report [Special issue: Annual report]. *American Psychologist*, 53, 854-857.
- Abma, J. C., Chandra, A., Mosher, W. D., Peterson, L., & Piccinino, L. (1997). Fertility, family planning, and women's health: New data from the 1995 National Survey of Family Growth. *Vital Health Statistics*, 23(19). Washington, DC: National Center for Health Statistics.
- Abramovitch, R., Corter, C., & Lando, B. (1979). Sibling interaction in the home. *Child Development*, 50, 997-1003.
- Abramovitch, R., Corter, C., Pepler, D., & Stanhope, L. (1986). Sibling and peer interactions: A final follow-up and comparison. *Child Development*, 57, 217-229.
- Abramovitch, R., Pepler, D., & Corter, C. (1982). Patterns of sibling interaction among preschool-age children. In M. E. Lamb (Ed.), *Sibling relationships: Their nature and significance across the lifespan*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Abrams, B., & Parker, J. D. (1990). Maternal weight gain in women with good pregnancy outcome. *Obstetrics and Gynecology*, 76(1), 1-7.
- Abramson, T. A. (1995, Fall). From nonnormative to normative caregiving. *Dimensions: Newsletter of American Society on Aging*, pp. 1-2.
- Abroms, K., & Bennett, J. (1981). Changing etiological perspectives in Down's syndrome: Implications for early intervention. *Journal of the Division for Early Childhood*, 2, 109-112.
- Achenbach, T. M., & Howell, C. T. (1993). Are American children's problems getting worse? A 13-year comparison. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1145-1154.
- Achenbaum, W. A., & Bengtson, V. L. (1994). Re-engaging the disengagement theory of aging: On the history and assessment of theory development in gerontology. *The Gerontologist*, 34, 756-763.
- Ackerman, G. L. (1993). A Congressional view of youth suicide. *American Psychologist*, 48(2), 183-184.
- Acs, G., Shulman, R., Ng, M. W., & Chussid, S. (1999). Tooth decay may slow child's growth. *Pediatric Dentistry*, 21, 109-113.
- Adams, C. (1991). Qualitative age differences in memory for text: A lifespan developmental perspective. *Psychology and Aging*, 6, 323-336.
- Adams, R. G. (1986). Friendship and aging. *Generations*, 10(4), 40-43.
- Ades, P. A., Ballor, D. L., Ashikaga, T., Utton, J. L., & Nair, K. S. (1996). Weight training improves walking endurance in healthy elderly persons. *Annals of Internal Medicine*, 124, 568-572.
- Adolph, K. E. (1997). Learning in the development of infant locomotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 62(3, Serial No. 251).
- Adult Treatment Panel II. (1994). Detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. *Circulation*, 89, 1329-1432.
- Aggarwal, S., Gollapudi, S., & Gupta, S. (1999). Increased TNF-alpha-induced apoptosis in lymphocytes from aged humans: Changes in TNF-alpha receptor expression and activation of caspases. *Journal of Immunology*, 162, 2154-2161.
- Agoda, L. (1995). Minorities and ESRD. Review: African American study of kidney disease and hypertension clinical trials. *Nephrology News & Issues*, 9, 18-19.
- Aidman, A. (1997, December). Television violence: Content, context, and consequences. *Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education* [On-line]. Available: <http://www.ericseece.org/pubs/digests/1997/aidman97.html>
- Ainsworth, M. D. (1964). Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill-Palmer Quarterly*, 70, 51-58.
- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937.
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. (1977). Infant crying and maternal responsiveness: A rejoinder to Gerwitz and Boyd. *Child Development*, 48, 1208-1216.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Akutsu, H., Legge, G. E., Ross, J. A., & Schuebel, K. J. (1991). Psychophysics of reading: Effects of age-related changes in vision. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46(6), P325-331.
- Alan Guttmacher Institute (AGI). (1994). *Sex & America's teenagers*. New York: Author.
- Alcott, L. M. (1929). *Little women*. New York: Saalfeld. (Original work published 1868)
- Aldort, N. (1994, Summer). Getting out of the way. *Mothering*, pp. 38-43.
- Aldous, J. J. (1987). Family life of the elderly and near-elderly. *Journal of Marriage and the Family*, 49(2), 227-234.
- Alessandri, S. M., Bendersky, M., & Lewis, M. (1998). Cognitive functioning in 8-to 18-month-old drug-exposed infants. *Developmental Psychology*, 34, 565-573.
- Alessandri, S. M., Sullivan, M. W., Bendersky, M., & Lewis, M. (1995). Temperament in cocaine-exposed infants. In M. Lewis & M. Bendersky (Eds.), *Mothers, babies, and cocaine: The role of toxins in development* (pp. 273-286). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alessandri, S. M., Sullivan, M. W., Imaizumi, S., & Lewis, M. (1993). Learning and emotional responsivity in cocaine-exposed infants. *Developmental Psychology*, 29, 989-997.
- Alexander, B. B., Rubinstein, R. L., Goodman, M., & Luborsky, M. (1992). A path not taken: A cultural analysis of regrets and childlessness in the lives of older women. *The Gerontologist*, 32 (5), 618-626.
- Alexander, K. L., Entwistle, D. R., & Dauber, S. L. (1993). First-grade classroom behavior: Its short-and long-term

- consequences for school performance. *Child Development*, 64, 801-814.
- Aliene, C. A., & Stoddard, J. J. (1997).** Tobacco and children: An economic evaluation of the medical effects of parental smoking. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 648-653.
- Allen, G. L., & Ondracek, P. J. (1995).** Age-sensitive cognitive abilities related to children's acquisition of spatial knowledge. *Developmental Psychology*, 31, 934-945.
- Allen, J. P., Philliber, S., Herrling, S., & Kuperminc, G. P. (1997).** Preventing teen pregnancy and academic failure: Experimental evaluation of a developmentally based approach. *Child Development*, 64, 729-742.
- Allore, R., O'Hanlon, D., Price, R., Neilson, K., Willard, H. F., Cox, D. R., Marks, A., & Dun, R. J. (1988).** Gene encoding the B subunit of S100 protein is on chromosome 21: Implications for Down syndrome. *Science*, 239, 1311-1313.
- Almeida, D. M., Maggs, J. L., & Galambos, N. L. (1993).** Wives' employment hours and spousal participation in family work. *Journal of Family Psychology*, 7, 233-244.
- Almeida, D. M., & McDonald, D. (1998).** Weekly rhythms of parents' work stress, home stress, and parent-adolescent tension. In A. Crouter & R. Larson (Eds.), *Temporal rhythms in adolescence: Clocks, calendars, and the coordination of daily life* (pp. 69-82). [New Directions in Child and Adolescent Development, No. 82]. San Francisco: Jossey-Bass.
- Alsaker, E. D. (1992).** Pubertal timing, overweight, and psychological adjustment. *Journal of Early Adolescence*, 12(4), 396-419.
- Alternatives to hormone replacement (1994, August).** *Harvard Women's Health Watch*, pp. 2-3.
- Altman, L. K. (1992, July 21).** Women worldwide nearing higher rate for AIDS than men. *The New York Times*, pp. C1, C3.
- Alzheimer's Association. (1998a, Fall).** New avenues for diagnosis and treatment. *Advances: Progress in Alzheimer Research and Care*, pp. 1, 4.
- Alzheimer's Association. (1998b, Fall).** When the diagnosis isn't Alzheimer's. *Advances: Progress in Alzheimer Research and Care*, pp. 2-3.
- Alzheimer's Disease: The search for causes and treatments—Part I. (1998, August).** *The Harvard Mental Health Letter*, 15(2).
- Alzheimer's Disease: The search for causes and treatments—Part II. (1998, September).** *The Harvard Mental Health Letter*, 15(3).
- Alzheimer's Association. (undated).** *Is it Alzheimer's? Warning signs you should know*. Chicago: Author.
- Amaducci, L., Maggi, S., Langlois, J., Minicuci, N., Baldereschi, M., Di Carlo, A., & Grigoletto, E. (1998).** Education and the risk of physical disability and mortality among men and women aged 65 to 84: The Italian Longitudinal Study on Aging. *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 53, M484-M490.
- Amato, P. R. (1987).** Family processes in one-parent, stepparent, and intact families: The child's point of view. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 327-337.
- Amato, P. R., & Booth, A. (1997).** *A generation at risk: Growing up in an era of family upheaval*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991a).** Parental divorce and adult well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 43-58.
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991b).** Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 26-46.
- Amato, P. R., Kurdek, L. A., Demo, D. H., & Allen, K. R. (1993).** Children's adjustment to divorce: Theories, hypotheses, and empirical support. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 23-54.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (1986).** *Positive approaches to day care dilemmas: How to make it work*. Elk Grove Village, IL: Author.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (1989a, November).** *The facts on breast feeding* [Fact sheet]. Elk Grove Village, IL: Author.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (1989b).** Follow-up on weaning formulas. *Pediatrics*, 83, 1067.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (1992, January 15).** *AAP proposes handgun ban, other measures to curb firearm deaths, injuries* [News release]. Elk Grove Village, IL: Author.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (1996, October).** *Where we stand* [Online]. Available: <http://www.aap.org/advocacy/wwest> and .html.
- American Academy of Pediatrics (AAP). (1998).** Policy statement on female genital mutilation. *Pediatrics*, 102, 153-156.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Adolescence. (1994).** Sexually transmitted diseases. *Pediatrics*, 94, 568-572.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Adolescence. (1999).** Adolescent pregnancy—Current trends and issues: 1998. *Pediatrics*, 103, 516-520.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Bioethics. (1992).** Infants with anencephaly as organ sources: Ethical considerations. *Pediatrics*, 89, 1116-1119.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Children with Disabilities and Committee on Drugs. (1996).** Medication for children with attentional disorders. *Pediatrics*, 98, 301-304.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Children with Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (1993).** Psychosocial risks of chronic health conditions in childhood and adolescence. *Pediatrics*, 92, 876-877.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Communications. (1995).** Sexuality, contraception, and the media. *Pediatrics*, 95, 298-300.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Community Health Services. (1996).** Health needs of homeless children and families. *Pediatrics*, 88, 789-791.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Drugs. (1980).** Marijuana. *Pediatrics*, 65, 652-656.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Drugs. (1994).** The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 93, 137-150.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Environmental Health. (1993).** Lead poisoning: From screening to primary prevention. *Pediatrics*, 92, 176-183.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Environmental Health. (1997).** Environmental tobacco smoke: A hazard to children. *Pediatrics*, 99, 639-642.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Fetus and Newborn and American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. (1996).** Use and abuse of the Apgar score. *Pediatrics*, 98, 141-142.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Genetics. (1993).** Folic acid for the prevention of neural tube defects. *Pediatrics*, 92, 493-494.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Genetics. (1996).** Newborn screening fact sheet. *Pediatrics*, 98, 1-29.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Infectious Diseases. (1994).** *Red book* (23rd ed.). Elk Grove Village, IL: Author.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Injury and Poison Prevention. (1995).** Injuries associated with infant walkers. *Pediatrics*, 95, 778-780.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Injury and Poison Prevention and Committee on Sports**

- Medicine and Fitness. (1999).** Policy statement: Trampolines at home, school, and recreational centers. *Pediatrics*, 103, 1053-1056.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Nutrition. (1992a).** Statement on cholesterol. *Pediatrics*, 90, 469-473.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Nutrition. (1992b).** The use of whole cow's milk in infancy. *Pediatrics*, 89, 1105-1109.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Pediatric AIDS and Committee on Infectious Diseases. (1999).** Issues related to human immunodeficiency virus transmission in schools, child care, medical settings, the home, and community. *Pediatrics*, 104, 318-324.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (1992).** The pediatrician and childhood bereavement. *Pediatrics*, 89(3), 516-518.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (1998).** Guidance for effective discipline. *Pediatrics*, 101, 723-728.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Sports Medicine and Committee on School Health. (1989).** Organized athletics for preadolescent children. *Pediatrics*, 84, 583-584.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Sports Medicine and Fitness. (1992).** Fitness, activity, and sports participation in the preschool child. *Pediatrics*, 90, 1002-1004.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities. (1993).** Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *Pediatrics*, 91, 1004-1006.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Task Force on Circumcision Policy. (1999).** Circumcision policy statement. *Pediatrics*, 103, 686-693.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Task Force on Infant Positioning and SIDS. (1992).** Positioning and SIDS. *Pediatrics*, 89, 1120-1126.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Task Force on Infant Positioning and SIDS. (1996).** Positioning and sudden infant death syndrome (SIDS): Update. *Pediatrics*, 98, 1216-1218.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Task Force on Infant Positioning and SIDS. (1997).** Does bed sharing affect the risk of SIDS? *Pediatrics*, 100, 272.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Task Force on Pediatric AIDS. (1991).** Education of children with human immunodeficiency virus infection. *Pediatrics*, 88, 645-648.
- American Academy of Pediatrics (AAP) Work Group on Breastfeeding. (1997).** Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 100, 1035-1039.
- American Association for Geriatric Psychiatry (AAGP). (1996).** Briefcase sheet on late-life depression. Bethesda, MD: Author.
- American Association of Retired Persons (AARP). (1993a).** *Abused elders or battered women?* Washington, DC: Author.
- American Association of Retired Persons (AARP). (1993b).** *Understanding senior housing.* Washington, DC: Author.
- American Association of Retired Persons (AARP). (1995).** *A profile of older Americans.* Washington, DC: Author.
- American Association of Retired Persons (AARP). (1996, September).** *Understanding senior housing into the next century: Survey of consumer preferences, concerns, and needs.* Washington, DC: Author.
- American Association of Retired Persons (AARP). (1998).** *A profile of older Americans.* 1997. Washington, DC: Author.
- American Association of Retired Persons (AARP). (1999).** *A profile of older Americans.* 1998. Washington, DC: Author.
- American Association of Retired Persons (AARP). (2000).** Baby boomers envision their retirement: An AARP segmentation analysis. Washington, DC: Author.
- American Association of University Women (AAUW) Educational Foundation. (1992).** *The AAUW report: How schools shortchange girls.* Washington, DC: Author.
- American Association of University Women (AAUW) Educational Foundation. (1998a, October 14).** *Gender gaps fact sheets* [On-line]. Available: <http://www.aauw.org/2000/ggfs.html>
- American Association of University Women (AAUW) Educational Foundation. (1998b, October 14).** *Technology gender gap develops while gaps in math and science narrow, AAUW Foundation report shows* (On-line, Press release). Available: <http://www.aauw.org/2000/ggpr.html>
- American College of Obstetrics and Gynecology. (1994).** *Exercise during pregnancy and the postpartum pregnancy* (Technical Bulletin No. 189). Washington, DC: Author.
- American Heart Association (AHA). (1995).** *Silent epidemic: The truth about women and heart disease.* Dallas: Author.
- American Medical Association (AMA). (1992).** *Diagnosis and treatment guidelines on elder abuse and neglect.* Chicago: Author.
- American Psychiatric Association (APA). (1994).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1992).** Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- American Psychological Association. (1993).** *Violence and youth: Psychology's response: Vol. 1. Summary report of the American Psychological Association Commission on Violence and Youth.* Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (undated).** *Answers to your questions about sexual orientation and homosexuality* [Brochure]. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association and American Academy of Pediatrics. (1996).** *Raising children to resist violence: What you can do* [On-line, Brochure]. Available: <http://www.apa.org/pubinfo/apa-aap.html>
- American Psychological Association Commission on Violence and Youth. (1994).** *Reason to Hope.* Washington, DC: Author.
- Ames, E. W. (1997).** *The development of Romanian orphanage children adopted to Canada: Final report* (National Welfare Grants Program, Human Resources Development, Canada). Burnaby, BC, Canada: Simon Fraser University, Psychology Department.
- Amsel, E., Goodman, G., Savoie, D., & Clark, M. (1996).** The development of reasoning about causal and noncausal influences on levers. *Child Development*, 67, 1624-1646.
- Anastasi, A. (1988).** *Psychological testing* (6th ed.). New York: Macmillan.
- Anastasi, A., & Schaefer, C. E. (1971).** Note on concepts of creativity and intelligence. *Journal of Creative Behavior*, 3, 113-116.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997).** *Psychological testing* (7th ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Andersen, A. E. (1995).** Eating disorders in males. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 177-187). New York: Guilford.
- Andersen, R. E., Crespo, C. J., Bartlett, S. J., Cheskin, L. J., & Pratt, M. (1998).** Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of the American Medical Association*, 279, 938-942.

- Andersen, R. E., Wadden, T. A., Bartlett, S. J., Zemel, B., Verde, T. J., & Franckowiak, S. C. (1999). Effects of lifestyle activity vs. structured aerobic exercise in obese women: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 281, 335-340.
- Anderson, A. H. Clark, A., & Mullin, J. (1994). Interactive communication between children: Learning how to make language work in dialog. *Journal of Child Language*, 21, 439-463.
- Anderson, M. (1992). *My Lord, what a morning*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Anderson, R. N. (1999). United States life tables, 1997 (*National Vital Statistics Reports*, 47[281]). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Anderson, S. A., Russell, C. S., & Schumm, W. R. (1983). Perceived marital quality and family life-cycle categories: A further analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 127-139.
- Anderson, W. F. (1998). Human gene therapy. *Nature*, 392(Suppl.), 25-30.
- Andreasen, N., Hesse, C., Davidsson, R., Minthon, L., Wallin, A., Winblad, B., Vanderstichele, H., Vanmechelen, E., & Blennow, K. (1999). Cerebrospinal fluid B-amyloid(1-42) in Alzheimer disease: Differences between early-and late-onset Alzheimer disease and stability during the course of disease. *Archives of Neurology*, 56, 673-680.
- Anglin, T. M., Naylor, K. E., & Kaplan, D. W. (1996). Comprehensive school-based health care: High school students' use of medical, mental health, and substance abuse services. *Pediatrics*, 97, 318-330.
- Anisfeld, M. (1996). Only tongue protrusion modeling is matched by neonates. *Developmental Review*, 16, 149-161.
- Annas, G. J. (1998). Why we should ban human cloning. *New England Journal of Medicine*, 339, 122-125.
- Annie E. Casey Foundation. (1997, February). *City kids count* [Press release]. Baltimore: Author.
- Anschutz, L., Camp, C. J., Markley, R. P., & Kramer, J. J. (1987). Remembering mnemonics: A 3-year follow-up on the effects of mnemonics training in elderly adults. *Experimental Aging Research*, 13, 141-143.
- Antonarakis, S. E., & Down Syndrome Collaborative Group. (1991). Parental origin of the extra chromosome in trisomy 21 as indicated by analysis of DNA polymorphisms. *New England Journal of Medicine*, 324, 872-876.
- Antonucci, T., & Akiyama, H. (1997). Concern with others at midlife: Care, comfort, or compromise? In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 145-169). Chicago: University of Chicago Press.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1995). Convoys of social relations: family and friendships within a life span context. In R. Blieszner & V. Hilkevitch (Eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 355-371). Westport, CT: Greenwood Press.
- Apgar, V. (1953). A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Current Research in Anesthesia and Analgesia*, 32, 260-267.
- Applbaum, K. D. (1995). Marriage with the proper stranger: Arranged marriage in metropolitan Japan. *Ethnology*, 34, 37-51.
- Aquilino, W. S. (1996). The returning adult child and parental experience at midlife. In C. Ryff & M. M. Seltzer (Eds.), *The parental experience in midlife* (pp. 423-458). Chicago: University of Chicago Press.
- Aquilino, W. S., & Supple, K. R. (1991). Parent-child relations and parent's satisfaction with living arrangements when adult children live at home. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 13-27.
- Arbuckle, T. Y., Maag, U., Pushkar, D., & Chaikelson, J. S. (1998). Individual differences in trajectory of intellectual development over 45 years of adulthood. *Psychology and Aging*, 13, 663-675.
- Archer, S. L. (1993). Identity in relational contexts: A methodological proposal. In J. Kroger (Ed.), *Discussions on ego identity* (pp. 75-99). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Arcus, D., & Kagan, J. (1995). Temperament and craniofacial variation in the first two years. *Child Development*, 66, 1529-1540.
- Arend, R., Gove, E., & Sroufe, L. A. (1979). Continuity of individual adaptation from infancy to kindergarten: A predictive study of ego-resiliency and curiosity in preschoolers. *Child Development*, 50, 950-959.
- Arendt, R., Angelopoulos, J., Salvator, A., & Singer, L. (1999). Motor development of cocaine-exposed children at age two years. *Pediatrics*, 103, 86-92.
- Arlin, P. K. (1984). Adolescent and adult thought: A structural interpretation. In M. L. Commons, F. A. Richards, & C. Armon (Eds.), *Beyond formal operations* (pp. 258-271). New York: Praeger.
- Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Arnold, D. S., & Whitehurst, G. J. (1994). Accelerating language development through picture book reading: A summary of dialogic reading and its effects. In D. K. Dickinson (Ed.), *Bridges to literacy: Children, families, and schools* (pp. 103-128). Oxford: Blackwell.
- Arthritis Foundation (1993). *Arthritis Information: Basic facts: Answers to your questions*. Atlanta, GA: Author.
- Ashe, A., & Rampersad, A. (1993). *Days of grace: A memoir*. New York: Ballantine.
- Aslin, R. N. (1987). Visual and auditory development in infancy. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Astington, J. W. (1993). *The child's discovery of the mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- Atkinson, R. M., Ganzini, L., & Bernstein, M. J. (1992). Alcohol and substance-abuse disorders in the elderly. In J. E. Birren, R. Sloane, & G. D. Cohen (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (2nd ed., pp. 515-555). New York: Academic.
- Australian man first in world to die with legal euthanasia. (1996, September 26). *The New York Times* (International Ed.), p. A5.
- Austrom, D., & Hanel, K. (1985). Psychological issues of single life in Canada: An exploratory study. *International Journal of Women's Studies*, 8, 12-23.
- Ausubel, N. (1964). *The book of Jewish knowledge*. New York: Crown.
- Autism—Part II. (1997, April). *The Harvard Mental Health Letter*, pp. 1-4.
- Avis, N. E. (1999). Women's health at midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (pp. 105-146). San Diego: Academic Press.
- Avolio, B. J., & Sosik, J. J. (1999). A life-span framework for assessing the impact of work on white-collar workers. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the Middle: Psychological and social development in middle age*. San Diego: Academic Press.
- Aylward, G. P., Pfeiffer, S. I., Wright, A., & Verhulst, S. J. (1989). Outcome studies of low birth weight infants published in the last decade: A meta-analysis. *Journal of Pediatrics*, 115, 515-520.
- Azar, B. (1997, December). Researchers debunk myth of the "crack baby." *APA Monitor*, p. 14.
- Babchuk, N. (1978-1979). Aging and primary relations. *International Journal of Aging and Human Development*, 9(2), 137-151.
- Babson, S. G., & Clarke, N. G. (1983). Relationship between infant death and maternal age. *Journal of Pediatrics*, 103, 391-393.
- Babu, A., & Hirschhorn, K. (1992). *A guide to human chromosome defects* (Birth Defects: Original Article Series, 28[2]).

- White Plains, NY: March of Dimes Birth Defects Foundation.
- Bachman, J. G., & Schulenberg, J. (1993).** How part-time work intensity relates to drug use, problem behavior, time use, and satisfaction among high school seniors: Are these consequences or merely correlates? *Developmental Psychology*, 29, 220-235.
- Bachman, R. (1994, January).** *Violence against women: A national crime victimization report* (NCJ-145325). Washington, DC: Bureau of Justice Statistics Clearinghouse.
- Bachu, A. (1993).** *Fertility of American women: June 1992* (Current Population Report No. P24-470). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Backett, K. (1987).** The negotiation of fatherhood. In C. Lewis & M. O'Brien (Eds.), *Reassessing fatherhood: New observations on fathers and the modern family*. London: Sage.
- Baddeley, A. D. (1981).** The concept of working memory: A view of its current state and probable future development. *Cognition*, 10, 17-23.
- Baddeley, A. D. (1986).** *Working memory*. London: Oxford University Press.
- Baer, K. (1997, July).** A movement toward t'ai chi. *Harvard Health Letter*, 22(9), 6-7.
- Bagwell, C. L., Newcomb, A. E., & Bukowski, W. M. (1998).** Preadolescent friendship and peer rejection as predictors of adult adjustment. *Child Development*, 69, 140-153.
- Bailey, A., Le Couteur, A., Gottesman, I., & Bolton, P. (1995).** Autism as a strongly genetic disorder: Evidence from a British twin study. *Psychological Medicine*, 25, 63-77.
- Bailey, J. M., Bobrow, D., Wolfe, M., & Mikach, S. (1995).** Sexual orientation of adult sons of gay fathers. *Developmental Psychology*, 31, 124-129.
- Bailey, W. T. (1994).** A longitudinal study of fathers' involvement with young children: Infancy to age 5 years. *Journal of Genetic Psychology*, 155, 331-339.
- Baillargeon, R. (1994).** How do infants learn about the physical world? *Current Directions in Psychological Science*, 3, 133-140.
- Baillargeon, R. (in press).** Young infants' expectations about hidden objects. *Developmental Science*.
- Baillargeon, R., & DeVos, J. (1991).** Object permanence in young infants: Further evidence. *Child Development*, 62, 1227-1246.
- Baird, A. A., Gruber, S. A., Fein, D. A., Maas, L. C., Steingard, R. J., Renshaw, P. F., Cohen, B. M., & Yurgelon-Todd, D. A. (1999).** Functional magnetic resonance imaging of facial affect recognition in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 195-199.
- Baldereschi, M., Di Carlo, A., Lepore, V., Bracco, L., Maggi, S., Grigoletto, F., Scarlato, G., & Amaducci, L. (1998).** Estrogen-replacement therapy and Alzheimer's disease in the Italian Longitudinal Study on Aging. *Neurology*, 50, 996-1002.
- Baldwin, D. A., & Moses, L. J. (1996).** The ontogeny of social information gathering. *Child Development*, 67, 1915-1939.
- Balkwell, C. (1981).** Transition to widowhood: A review of the literature. *Family Relations*, 30, 117-127.
- Baltes, P. B. (1987).** Theoretical propositions of life-span development psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626.
- Baltes, P. B. (1993).** The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist*, 33, 580-594.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990).** Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (1998).** Life-span theory in developmental psychology. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). New York: Wiley.
- Baltes, P. B., Reese, H. W., & Lipsitt, L. (1980).** Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., Maercker, A., & Smith, J. (1995).** People nominated as wise: A comparative study of wisdom-related knowledge. *Psychology and Aging*, 10, 155-166.
- Baltes, P. B., & Willis, S. L. (1982).** Enhancement (plasticity) of intellectual functioning in old age: Penn State's Adult Development and Enrichment Project (ADEPT). In F. I. M. Craik & S. Trehub (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 353-389). New York: Plenum.
- Bandura, A. (1977).** *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986).** *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989).** Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development*. Greenwich, CT: JAI.
- Bandura, A. (1994).** Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V., & Pastorelli, C. (1996).** Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, 67, 1206-1222.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961).** Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1963).** Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66, 3-11.
- Banks, D. A., & Fosse, M. (1997).** Telomeres, cancer, and aging: Altering the human life span. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1345-1348.
- Banks, E. (1989).** Temperament and individuality: A study of Malay children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 390-397.
- Banks, J. A. (1998).** Ethnicity, class, cognitive, and motivational styles. In R. E. Muuss & H. D. Porton (Eds.), *Adolescent behavior and society: A book of readings*. Boston: McGraw-Hill.
- Banner, C. (1992).** Recent insights into the biology of Alzheimer's disease. *Generations*, 16(4), 31-35.
- Barager, J. R. (Ed.). (1968).** *Why Perón came to power: The background to Peronism in Argentina*. New York: Knopf.
- Barber, B. K. (1994).** Cultural, family, and personal contexts of parent-adolescent conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 375-386.
- Barber, B. L., & Eccles, J. S. (1992).** Long-term influence of divorce and single parenting on adolescent family- and work-related values, behaviors, and aspirations. *Psychological Bulletin*, 111(1), 108-126.
- Bardoni, B., Zanaria, E., Guioli, S., Floridia, G., Worley, K. C., Tonini, G., Ferrante, E., Chiumell, G., McCabe, E., & Fraccardo, M. (1994).** A dosage sensitive locus at chromosome XP21 is involved in male to female sex reversal. *Nature Genetics*, 7, 497-501.
- Barinaga, M. (1998).** Alzheimer's treatments that work now. *Science*, 282, 1030-1032.
- Barkley, R. A. (1998a, February).** How should attention deficit disorder be described? *Harvard Mental Health Letter*, p. 8.
- Barkley, R. A. (1998b, September).** Attention-deficit hyperactivity disorder. *Scientific American*, pp. 66-71.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Kwasnik, D. (1996).** Motor vehicle competencies and

- risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatras*, 98, 1089-1095.
- Barlow, S. E., & Dietz, W. H. (1998).** Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations [On-line]. *Pediatrics*, 102(0), e29. Available: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/3/e29>
- Barnat, S. B., Klein, P. J., & Meltzoff, A. N. (1996).** Deferred imitation across changes in context and object: Memory and generalization in 14-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 19, 241-251.
- Barries, J. (1978).** *Evita, first lady: A biography of Eva Perón*. New York: Grove.
- Barnett, R. (1985, March).** *We've come a long way—but where are we and what are the rewards?* Paper presented at the conference on Women in Transition, New York University School of Continuing Education, Center for Career and Life Planning, New York, NY
- Barnett, R. C. (1997).** Gender, employment, and psychological well-being: Historical and life-course perspectives. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 325-343). Chicago: University of Chicago Press.
- Barnhart, M. A. (1992, Fall).** Coping with the Methuselah syndrome. *Free Inquiry*, pp. 19-22.
- Baron, C. H., Bergstresser, C., Brock, D. W., Cole, G. F., Dorfman, N. S., Johnson, J. A., Schnipper, L. E., Vorenberg, J., & Wanzer, S. (1996).** A model state act to authorize and regulate physician-assisted suicide. *Harvard Journal on Legislation*, 33(1), 1-34.
- Barr, R., Dowden, A., & Hayne, H. (1996).** Developmental changes in deferred imitation by 6-to 24-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 19, 159-170.
- Barrett, R. L., & Robinson, B. E. (1990).** *Gay fathers*. Lexington, MA: Lexington.
- Bartecchi, C. E., MacKenzie, T. D., & Schrier, R. W. (1995, May).** The global tobacco epidemic. *Scientific American*, pp. 44-51.
- Bartoshuk, L. M., & Beauchamp, G. K. (1994).** Chemical senses. *Annual Review of Psychology*, 45, 419-449.
- Baruch, G., Barnett, R., & Rivers, C. (1983).** *Lifeprints*. New York: McCraw-Hill.
- Bashore, T. R., Ridderinkhof, F., & van der Molen, M. W. (1998).** The decline of cognitive processing speed in old age. *Current Directions in Psychological Science*, 6, 163-169.
- Bass, J. L., Brennan, P., Mehta, K. A., & Kodzis, S. (1990).** Pediatric problems in a suburban shelter for homeless families. *Pediatrics*, 85, 33-38.
- Bass, S. A., & Caro, F. G. (1996).** The economic value of grandparent assistance. *Generations*, 20(1), 29-33.
- Bassuk, E. L. (1991).** Homeless families. *Scientific American*, 2(55(6), 66-74.
- Bassuk, E. L., & Rosenberg, L. (1990).** Psychosocial characteristics of homeless children and children with homes. *Pediatrics*, 85, 257-261.
- Bates, E., Bretherton, I., & Snyder, L. (1988).** *From first words to grammar: Individual differences and dissociable mechanisms*. New York: Cambridge University Press.
- Bates, E., O'Connell, B., & Shore, C. (1987).** Language and communication in infancy. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed). New York: Wiley.
- Bateson, M. C. (1984).** *With a daughter's eye: A memoir of Margaret Mead and Gregory Bateson*. New York: William Morrow & Co.
- Baum, A., Cacioppo, J. T., Melamed, B. G., Gallant, S. J., & Travis, C. (1995).** *Doing the right thing: A research plan for healthy living*. Washington, DC: American Psychological Association Science Directorate.
- Baum, A., & Flerning, I. (1993).** Implications of psychological research on stress and technological accidents. *American Psychologist*, 48, 665-672.
- Baumeister, R. E., & Leary, M. R. (1995).** The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- Baumrind, D. (1971).** Harmonious parents and their preschool children. *Developmental Psychology*, 41, 92-102.
- Baumrind, D. (1989).** Rearing competent children. In W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow* (pp. 349-378). San Francisco: Jossey-Bass.
- Baumrind, D. (1991).** Parenting styles and adolescent development. In J. BrooksGunn, R. Lerner, & A. C. Peterson (Eds.), *The encyclopedia of adolescence* (pp. 746-758). New York: Garland.
- Baumrind, D. (1995).** Commentary on sexual orientation: Research and social policy implications. *Developmental Psychology*, 31, 130-136.
- Baumrind, D. (1996a).** A blanket injunction against disciplinary use of spanking is not warranted by the data. *Pediatrics*, 88, 828-831.
- Baumrind, D. (1996b).** The discipline controversy revisited. *Family Relations*, 45, 405-414.
- Baumrind, D., & Black, A. E. (1967).** Socialization practices associated with dimensions of competence in preschool boys and girls. *Child Development*, 38, 291-327.
- Baumwell, L., Tamis-LeMonda, C. S., & Bornstein, M. H. (1997).** Maternal verbal sensitivity and child language comprehension. *Infant Behavior and Development*, 20, 247-258.
- Baydar, N., Greek, A., & Brooks-Gunn, J. (1997).** A longitudinal study of the effects of the birth of a sibling during the first 6 years of life. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 939-956.
- Baydar, N., Hyle, P., & Brooks-Gunn, J. (1997).** A longitudinal study of the effects of the birth of a sibling during preschool and early grade school years. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 957-965.
- Bayley, N. (1969).** *Bayley Scales of Infant Development*. New York: Psychological Corporation.
- Bayley, N. (1993).** *Bayley Scales of Infant Development: II*. New York: Psychological Corporation.
- Beal, C. R. (1994).** *Boys and girls: The development of gender roles*. New York: McGraw-Hill.
- Beall, A. E., & Stenberg, R. J. (1995).** The social construction of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 417-438.
- Beautrais, A. L., Fergusson, D. M., & Shannon, F. T. (1982).** Life events and childhood morbidity: A prospective study. *Pediatrics*, 70, 935-940.
- Becker, A. E., Grinspoon, S. K., Klibanski, A., & Herzog, D. B. (1999).** Eating disorders. *New England Journal of Medicine*, 340, 1092-1098.
- Becker, G. S. (1991).** *A treatise on the family* (enlarged ed). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bedford, V. H. (1995).** Sibling relationships in middle and old age. In R. Blieszner & V. Hilkevitch (Eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 201-222). Westport, CT: Greenwood Press.
- Behrman, R. E. (1992).** *Nelson textbook of pediatrics* (13th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1998).** *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Belbin, R. M. (1967).** Middle age: What happens to ability? In R. Owen (Ed.), *Middle age*. London: BBC.
- Bell, J. (1992).** In search of a discourse on aging: The elderly on television. *The Gerontologist*, 32(3), 305-311.
- Bell, M. A., & Fox, N. A. (1992).** The relations between frontal brain electrical activity and cognitive development during infancy. *Child Development*, 63, 1142-1163.

- Bell, R., Wechsler, H., & Johnston, L. D. (1997).** Correlates of college student marijuana use: Results of a U.S. national survey. *Addiction*, 92, 571-581.
- Bell, S., & Ainsworth, M. D. S. (1972).** Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, 43, 1171-1190.
- Bellinger, D., Leviton, A., Watermaux, C., Needleman, H., & Rabinowitz, M. (1987).** Longitudinal analyses of prenatal and postnatal lead exposure and early cognitive development. *New England Journal of Medicine*, 5/6(17), 1037-1043.
- Belsky, J. (1984).** Two waves of day care research: Developmental effects and conditions of quality. In R. Ainslie (Ed.), *The child and the day care setting*. New York: Praeger.
- Belsky, J. (1993).** Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- Belsky, J., Lang, M. L., & Huston, T. L. (1986).** Sex typing and division of labor as determinants of marital change across the transition to parenthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 517-522.
- Belsky, J., & Rovine, M. (1990).** Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 5-19.
- Beltramini, A. U., & Hertzog, M. E. (1983).** Sleep and bedtime behavior in preschool-aged children. *Pediatrics*, 71, 153-158.
- Bem, S. L. (1983).** Gender schema theory and its implications for child development: Raising gender-schematic children in a gender-schematic society. *Signs*, 8, 598-616.
- Bem, S. L. (1985).** Androgyny and gender schema theory: A conceptual and empirical integration. In T. B. Sondregger (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, 1984: *Psychology and gender*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Bem, S. L. (1993).** *The lenses of gender: Transforming the debate on sexual inequality*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Ben Hamida, S., Mineka, S., & Bailey, J. M. (1998).** Sex differences in perceived controllability of mate value: An evolutionary perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 953-966.
- Bendersky, M., Alessandri, S. M., & Lewis, M. (1996).** Emotions in cocaine-exposed infants. In M. Lewis & M. W. Sullivan (Eds.), *Emotional development in atypical children* (pp. 89-108). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Bendersky, M., & Lewis, M. (1998).** Arousal modulation in cocaine-exposed infants. *Developmental Psychology*, 34, 555-564.
- Benenson, J. F. (1993).** Greater preference among females than males for dyadic interaction in early childhood. *Child Development*, 64, 544-555.
- Benenson, J. F., Apostoleris, N. H., & Parnass, J. (1997).** Age and sex differences in dyadic and group interaction. *Developmental Psychology*, 33, 538-543.
- Benes, F. M., Turtle, M., Khan, Y., & Farol, P. (1994).** Myelination of a key relay zone in the hippocampal formation occurs in the human brain during childhood, adolescence, and adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 51, 447-184.
- Bengtson, V. L., Rosenthal, C., & Burton, L. (1996).** Paradoxes of families and aging. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 253-282). San Diego: Academic Press.
- Bengtson, V. L., Rosenthal, C. J., & Burton, L. M. (1990).** Families and aging: Diversity and heterogeneity. In R. Binstock & L. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 263-287). San Diego: Academic Press.
- Benson, J. B., & Uzgir, I. C. (1985).** Effect of self-inflicted locomotion on infant search activity. *Developmental Psychology*, 21, 923-931.
- Berg, C. A., & Kłaczynski, P. A. (1996).** Practical intelligence and problem solving: Search for perspectives. In F. Blanchard-Fields & T. M. Hess (Eds.), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging* (pp. 323-357). New York: McCraw-Hill.
- Bergeman, C. S., & Plomin, R. (1989).** Genotype-environment interaction. In M. Bornstein & J. Bruner (Eds.), *Interaction in human development* (pp. 157-171). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Berger, R. M. (1984, January-February).** Realities of gay and lesbian aging. *Social Work*, pp. 57-62.
- Berger, R. M., & Kelly, J. J. (1986).** Working with homosexuals of the older population. *Social Casework*, 67, 203-210.
- Bergman, L., & Burgess, A. (1980).** *Ingrid Bergman: My story*. New York: Delacorte.
- Berk, L. E. (1986a).** Development of private speech among preschool children. *Early Child Development and Care*, 24, 113-136.
- Berk, L. E. (1986b).** Private speech: Learning out loud. *Psychology Today*, 20(5), 34-42.
- Berk, L. E. (1986c).** Relationship of elementary school children's private speech to behavioral accompaniment to task, attention, and task performance. *Developmental Psychology*, 22, 671-680.
- Berk, L. E. (1992).** Children's private speech: An overview of theory and the status of research. In R. M. Diaz & L. E. Berk (Eds.), *Private speech: From social interaction to self-regulation* (pp. 17-53). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Berk, L. E., & Garvin, R. A. (1984).** Development of private speech among low-income Appalachian children. *Developmental Psychology*, 20, 271-286.
- Berkowitz, G. S., Skovron, M. L., Lapinski, R. H., & Berkowitz, R. L. (1990).** Delayed childbearing and the outcome of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 322, 659-664.
- Berndt, T. J. (1982).** The features and effects of friendship in early adolescence. *Child Development*, 53, 1447-1460.
- Berndt, T. J., & Perry, T. B. (1990).** Distinctive features and effects of early adolescent friendships. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence: A transitional period?* Newbury Park, CA: Sage.
- Bernhardt, P. C. (1997).** Influences of serotonin and testosterone in aggression and dominance: Convergence with social psychology. *Current Directions in Psychological Science*, 6, 44-48.
- Bernstein, G. A., & Garfinkel, B. D. (1988).** Pedigrees, functioning, and psychopathology in families of school phobic children. *American Journal of Psychiatry*, 145, 70-74.
- Bernstein, J. (1995).** *Where's the payoff?* Washington, DC: Economic Policy Institute.
- Berrueta-Clement, J. R., Schweinhart, L. J., Barnett, W. S., Epstein, A. S., & Weikart, D. P. (1985).** *Changed lives: The effects of the Perry Preschool Program on youths through age 19*. Ypsilanti, MI: High/Scope.
- Berrueta-Clement, J. R., Schweinhart, L. J., Barnett, W. S., & Weikart, D. P. (1987).** The effects of early educational intervention on crime and delinquency in adolescence and early adulthood. In J. D. Burchard & S. N. Burchard (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: Vol. 10. Prevention of delinquent behavior* (pp. 220-240). Newbury Park, CA: Sage.
- Berry, M., Dylla, D. J., Barth, R. R., & Needell, B. (1998).** The role of open adoption in the adjustment of adopted children and their families. *Children and Youth Services Review*, 20, 151-171.
- Berscheid, E., & Campbell, B. (1981).** The changing longevity of heterosexual close relationships. In M. J. Lerner & S. C. Lerner (Eds.), *The justice motive in social behavior*. New York: Plenum.
- Bersoff, D. M., & Miller, J. G. (1993).** Culture, context, and the development of moral accountability judgments. *Developmental Psychology*, 29, 664-676.
- Bertenthal, B. I., & Campos, J. J. (1987).** New directions in the study of early

- experience. *Child Development*, 58, 560-567.
- Bertenthal, B. L., Campos, J. J., & Barrett, K. C. (1984).** Self-produced locomotion: An organizer of emotional, cognitive, and social development in infancy. In R. N. Emde & R. J. Harmon (Eds.), *Continuities and discontinuities in development*. New York: Plenum.
- Bertenthal, B. L., Campos, J. J., & Kermoian, R. (1994).** An epigenetic perspective on the development of self-produced locomotion and its consequences. *Current Directions in Psychological Science*, 3(5), 140-145.
- Beumont, P. J. V., Russell, J. D., & Touyz, S. W. (1993).** Treatment of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341, 1635-1640.
- Beyene, Y. (1986).** Cultural significance and physiological manifestations of menopause: A biocultural analysis. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 10, 41-71.
- Beyene, Y. (1989).** *From menarche to menopause: Reproductive lives of peasant women in two cultures*. Albany: State University of New York Press.
- Beyette, B. (1998, November 29).** Carter keeps zest for life. *Chicago Sun-Times*, pp. A6-A7.
- Bianchi, S. M. (1995).** The changing demographic and socioeconomic characteristics of single parent families. *Marriage and Family Review*, 20(1-2), 71-97.
- Bianchi, S. M., & Spain, D. (1986).** *American women in transition*. New York: Russell Sage Foundation.
- Biegel, D. E. (1995).** Caregiver burden. In G. E. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (2nd ed., pp. 138-141). New York: Springer.
- Bielby, D., & Papalia, D. (1975).** Moral development and perceptual role-taking egocentrism: Their development and interrelationship across the lifespan. *International Journal of Aging and Human Development*, 6(4), 293-308.
- Bierman, K. L., & Furman, W. (1984).** The effects of social skills training and peer involvement on the social adjustment of preadolescents. *Child Development*, 55, 151-162.
- Bierman, K. L., Smoot, D. L., & Aumiller, K. (1993).** Characteristics of aggressiverejected, aggressive (non-rejected), and rejected (non-aggressive) boys. *Child Development*, 64, 139-151.
- Binkley, M., Matheson, N., & Williams, T. (1997).** *Adult literacy: An international perspective* (Working Paper No. 97-33). Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Binstock, R. H. (1993).** Healthcare costs around the world: Is aging a fiscal "black hole"? *Generations*, 17(4), 37-42.
- Birch, L. L., Johnson, S. L., Andersen, G., Peters, J. C., & Schulte, M. C. (1991).** The variability of young children's energy intake. *New England Journal of Medicine*, 324, 232-235.
- Birch, S. H., & Ladd, G. W. (1997).** The teacher-child relationship and children's early school adjustment. *Journal of School Psychology*, 35, 61-79.
- Bird, K. (1990, November 12).** The very model of an ex-president. *The Nation*, pp. 545, 560-564.
- Birmaher, B. (1998).** Should we use antidepressant medications for children and adolescents with depressive disorders? *Psychopharmacology Bulletin*, 34, 35-39.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., & Nelson, B. (1996).** Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1440.
- Birren, J. E., Woods, A. M., & Williams, M. V. (1980).** Behavioral slowing with age: Causes, organization, and consequences. In L. W. Poon (Ed.), *Aging in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bittman, M. (1993, October 27).** Eating well: Need more protein? Probably not. *The New York Times*, p. C11.
- Bivens, J. A., & Berk, L. E. (1988, April).** *A longitudinal study of the development of elementary school children's private speech*. Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association, New Orleans, LA.
- Bjorklund, D. F. (1997).** The role of immaturity in human development. *Psychological Bulletin*, 122, 153-169.
- Bjorklund, D. F., & Harnishfeger, K. K. (1990).** The resources construct in cognitive development: Diverse sources of evidence and a theory of inefficient inhibition. *Developmental Review*, 10, 48-71.
- Black, J. E. (1998).** How a child builds its brain: Some lessons from animal studies of neural plasticity. *Preventive Medicine*, 27, 168-171.
- Black, M. M., & Krishnakumar, A. (1998).** Children in low-income, urban settings: Interventions to promote mental health and well-being. *American Psychologist*, 53, 636-646.
- Blackburn, G. (1999, July 25).** Fats: The good, the bad, the trans: The physician's perspective. *HealthNews*, 5(9), pp. 1-2.
- Blackburn, J. A., Papalia-Finlay, D., Foye, B. E., & Serlin, R. C. (1988).** Modifiability of figurative relations performance among elderly adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43(3), P87-89.
- Blackman, A. (1998).** *The seasons of her life: A biography of Madeleine Korbel Albright*. New York: Scribner.
- Blair, S. N., Kohl, H. W., Barlow, C. E., Paffenbarger, R. S., Gibbons, L. W., & Macera, C. A. (1995).** Changes in physical fitness and all-cause mortality: A prospective study of healthy and unhealthy men. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1093-1098.
- Blanchard-Fields, F. (1986).** Reasoning on social dilemmas varying in emotional saliency: An adult developmental perspective. *Psychology and Aging*, 1, 325-333.
- Blanchard-Fields, E., & Camp, C. J. (1990).** Affect, individual differences, and real world problem solving across the adult life span. In T. Hess (Ed.), *Aging and cognition: Knowledge organization and utilization* (pp. 461-498). Amsterdam: North-Holland, Elsevier.
- Blanchard-Fields, E., Chen, Y., & Norris, L. (1997).** Everyday problem solving across the adult life span: Influence of domain specificity and cognitive appraisal. *Psychology and Aging*, 12, 684-693.
- Blanchard-Fields, E., & Irion, J. (1987).** Coping strategies from the perspective of two developmental markers: Age and social reasoning. *Journal of Genetic Psychology*, 149, 141-151.
- Blanchard-Fields, E., Jahnke, H. C., & Camp, C. J. (1995).** Age differences in problem solving style: The role of emotional salience. *Psychology and Aging*, 10, 173-180.
- Blanchard-Fields, E., & Norris, L. (1994).** Causal attributions from adolescence through adulthood: Age differences, ego level, and generalized response style. *Aging and Cognition*, 1, 67-86.
- Blanksten, G. I. (1953).** *Perón's Argentina*. Chicago: University of Chicago Press.
- Blass, E. M., Ganchrow, J. R., & Steiner, J. E. (1984).** Classical conditioning in newborn humans 2-24 hours of age. *Infant Behavior and Development*, 7, 223-235.
- Blazer, D. G. (1989).** Depression in the elderly. *New England Journal of Medicine*, 320, 164-166.
- Blieszner, R. (1986).** Trends in family gerontology research. *Family Relations*, 35, 555-562.
- Blieszner, R., Willis, S. L., & Baltes, P. B. (1981).** Training research on induction ability: A short-term longitudinal study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2, 247-265.
- Block, J. (1971).** *Lives through time*. Berkeley, CA: Bancroft.

- Block, J. (1991).** *Prototypes for the California Adult Q-Set*. Berkeley: University of California, Department of Psychology.
- Block, J. (1995a).** A contrarian view of the Five-Factor approach to personality description. *Psychological Bulletin*, 117, 187-215.
- Block, J. (1995b).** Going beyond the five factors given: Rejoinder to Costa and McCrae (1995) and Goldberg and Saucier (1995). *Psychological Bulletin*, 117, 226-229.
- Blood, T. (1997).** *Madam secretary: A biography of Madeleine Albright*. New York: St. Martin's.
- Bloom, H. (Ed.). (1999).** *A scholarly look at The Diary of Anne Frank*. Philadelphia: Chelsea.
- Blumenthal, J. A., Emery, C. E., Madden, D. J., Schniebolck, S., Walsh-Riddle, M., George, L. K., McKee, D. C., Higginbotham, M. B., Cobb, F. R., & Coleman, R. E. (1991).** Long-term effects of exercise on psychological functioning in older men and women. *Journal of Gerontology*, 46(6), P352-361.
- Blyth, D. A., & Foster-Clark, E. S. (1987).** Gender differences in perceived intimacy with different members of adolescents' social networks. *Sex Roles*, 17, 689-718.
- Blyth, D. A., Simmons, R. G., Bulcroft, R., Felt, D., Van Cleave, E. E., & Bush, D. M. (1981).** The effects of physical development on self-image and satisfaction with body-image for early adolescent males. In R. G. Simmons (Ed.), *Research on community and mental health* (Vol. 2, pp. 43-73). Greenwich, CT: JAI.
- Bobinski, M., De Leon, M. H., Convit, A., De Santi, S., Wegiel, J., Tarshish, C. Y., Saint Louis, L. A., & Wisniewski, H. M. (1999).** MRI of entorhinal cortex in mild Alzheimer's disease. *Lancet*, 353, 38-40.
- Bodnar, A. G., Ouellette, M., Forkis, M., Holt, S. E., Chiu, C., Morin, G. B., Harley, C. B., Shay, J. W., Lichtsteiner, S., & Wright, W. E. (1998).** Extension of life-span by introduction of telomerase into normal human cells. *Science*, 279, 349-352.
- Bodrova, E., & Leong, D. J. (1998).** Adult influences on play: The Vygotskian approach. In D. P. Fromberg & D. Bergen (Eds.), *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (pp. 277-282). New York: Garland.
- Bograd, R., & Spilka, B. (1996).** Self-disclosure and marital satisfaction in mid-life and late-life remarriages. *International Journal of Aging and Human Development*, 42(3), 161-172.
- Bolger, K. E., Patterson, C. J., Thompson, W. W., & Kupersmidt, J. B. (1995).** Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermittent family economic hardship. *Child Development*, 66, 1107-1129.
- Bolla, K. I., Cadet, J. L., & London, E. D. (1998).** The neuropsychiatry of chronic cocaine abuse. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 10, 280-289.
- Bolla, K. I., Rothman, R., & Cadet, J. L. (1999).** Dose-related neurobehavioral effects of chronic cocaine use. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 11, 361-369.
- Bond, C. A. (1989, September).** A child prodigy from China wields a magical brush. *Smithsonian*, pp. 70-79.
- Bond, J. T., & Galinsky, E. (1998).** 1997 *National Study of the Changing Workforce*. New York: Families and Work Institute.
- Bondi, M. W., Salmon, D. P., Galasko, D., Thomas, R. G., & Thal, L. J. (1999).** Neuropsychological function and apolipoprotein E genotype in the preclinical detection of Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 14, 295-303.
- Bornstein, M., Kessen, W., & Weiskopf, S. (1976).** The categories of hue in infancy. *Science*, 197, 201-202.
- Bornstein, M. H., & Sigman, M. D. (1986).** Continuity in mental development from infancy. *Child Development*, 57, 251-274.
- Bornstein, M. H., & Tamis-LeMonda, C. S. (1994).** Antecedents of information processing skills in infants: Habituation, novelty responsiveness, and cross-modal transfer. *Infant Behavior and Development*, 17, 371-380.
- Bortz, W. M., II, & Wallace, D. H., & Wiley, D. (1999).** Sexual function in 1, 202 aging males: Differentiating aspects. *The Journals of Gerontology: Series A. Biological Sciences and Medical Sciences*, 54, M237-M241.
- Bosl, G. J., & Motzer, R. J. (1997).** Testicular germ-cell cancer. *The New England Journal of Medicine*, 337, 242-253.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J., & Marmot, M. (1998).** Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88, 68-74.
- Boss, P. (1999).** *Ambiguous loss*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bossé, R., Aldwin, C. M., Levenson, M. R., Spiro, A., & Mroczek, D. K. (1993).** Change in social support after retirement: Longitudinal findings from the normative aging study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48, P210-217.
- Bosworth, H. B., & Schaie, K. W. (1997).** The relationship of social environment social networks, and health outcomes in the Seattle Longitudinal Study: Two analytical approaches. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 52B, P197-P205.
- Botwinick, J. (1984).** *Aging and behavior* (3d ed.). New York: Springer.
- Bouchard, T. J. (1994).** Genes, environment, and personality. *Science*, 264, 1700-1701.
- Boulton, M. G. (1983).** *On being a mother: A study of women with pre-school children*. London: Tavistock.
- Boulton, M. J. (1995).** Playground behaviour and peer interaction patterns of primary school boys classified as bullies, victims and not involved. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 165-177.
- Boulton, M. J., & Smith, P. K. (1994).** Bully/victim problems in middle-school children: Stability, self-perceived competence, peer perception, and peer acceptance. *British Journal of Developmental Psychology*, 12, 315-329.
- Bouza, A. V. (1990).** *The police mystique: An insider's look at cops, crime, and the criminal justice system*. New York: Plenum.
- Bower, B. (1993).** A child's theory of mind. *Science News*, 144, 40-42.
- Bowlby, J. (1951).** Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 3, 355-534.
- Boyum, L. A., & Parke, R. D. (1995).** The role of family emotional expressiveness in the development of children's social competence. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 593-608.
- Brabant, S. (1994).** An overlooked AIDS affected population: The elderly parent as caregiver. *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 131-145.
- Bracher, G., & Santow, M. (1999).** Explaining trends in teenage childbearing in Sweden. *Studies in Family Planning*, 30, 169-182.
- Brackbill, Y., & Broman, S. H. (1979).** *Obstetrical medication and development in the first year of life*. Unpublished manuscript.
- Bradford, J., & Ryan, C. (1991).** Who are we: Health concerns of middle-aged lesbians. In J. W. B. Sang & A. Smith (Eds.), *lesbians at midlife: The creative transition* (pp. 147-163). San Francisco: Spinners.
- Bradley, L., & Bryant, P. E. (1983).** Categorizing sounds and learning to read—A causal connection. *Nature*, 30, 419-421.
- Bradley, L., & Bryant, P. E. (1985).** Rhyme and reason in reading and spelling. *International Academy for Research in Learning Disabilities Monograph Series*, 1.
- Bradley, R., & Caldwell, B. (1982).** The consistency of the home environment and its relation to child development. *International Journal of Behavioral Development*, 5, 445-465.

- Bradley, R., Caldwell, B., & Rock, S. (1988).** Home environment and school performance: A ten-year follow-up and examination of three models of environmental action. *Child Development*, 59, 852-867.
- Bradley, R. H. (1989).** Home measurement of maternal responsiveness. In M. H. Bornstein (Ed.), *Maternal responsiveness: Characteristics and consequences* (New Directions for Child Development No. 43). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bradley, R. H., Caldwell, B. M., Rock, S. L., Ramey, C. T., Barnard, K. E., Gray, C., Hammond, M. A., Mitchell, S., Gottfried, A. W., Siegel, L., & Johnson, D. L. (1989).** Home environment and cognitive development in the first 3 years of life: A collaborative study involving six sites and three ethnic groups in North America. *Developmental Psychology*, 25, 217-235.
- Bradley, S. J., Oliver, G. D., Chernick, A. B., & Zucker, K. J. (1998).** Experiment in nurture: Ablatio penis at 2 months, sex reassignment at 7 months, and a psychosexual follow-up in young adulthood. *Pediatrics*, 102(1), e9.
- Braine, M. (1976).** Children's first word combinations. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 41 (1, Serial No. 164).
- Brandes, J. M., Scher, A., Itzkovits, J., Thaler, I., Sarid, M., & Gershoni-Baruch, R. (1992).** Growth and development of children conceived by in vitro fertilization. *Pediatrics*, 90, 424-A29.
- Brandt, B. (1989).** A place for her death. *Humanistic Judaism*, 17(3), 83-85.
- Brass, L. M., Isaacsohn, J. L., Merikangas, K. R., & Robinette, C. D. (1992).** A study of twins and stroke. *Stroke*, 23(2), 221-223.
- Braungart, J. M., Fulker, D. W., & Plomin, R. (1992).** Genetic mediation of the home environment during infancy: A sibling adoption study of the HOME. *Developmental Psychology*, 28, 1048-1055.
- Braungart, J. M., Plomin, R., DeFries, J. C., & Fulker, D. W. (1992).** Genetic influence on tester-rated infant temperament as assessed by Bayley's Infant Behavior Record: Nonadoptive and adoptive siblings and twins. *Developmental Psychology*, 28, 40-47.
- Braungart-Rieker, J., Garwood, M. M., Powers, B. P., & Notaro, P. C. (1998).** Infant affect and affect regulation during the still-face paradigm with mothers and fathers: The role of infant characteristics and parental sensitivity. *Developmental Psychology*, 34(6), 1428-1437.
- Braver, S. L., & O'Connell, D. (1998).** *Divorced dads: Shattering the myths*. New York: Tarcher/Putnam.
- Bray, D. W., & Howard, A. (1983).** The AT& longitudinal study of managers. In K. W. Schaie (Ed.), *Longitudinal studies of adult psychological development* (pp. 266-312). New York: Guilford.
- Bray, J. H. (1991).** Psychosocial factors affecting custodiai and visitation arrangements. *Behavioral Sciences and the Law*, 9, 419-437.
- Bray, J. H., & Hetherington, E. M. (1993).** Families in transition: Introduction and overview. *Journal of Family Psychology*, 7, 3-8.
- Brazelton, T. B. (1973).** *Neonatal behavioral assessment scale*. Philadelphia: Lippincott.
- Brazelton, T. B. (1984).** *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Philadelphia: Lippincott.
- Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (1995).** *Neonatal Behavioral Assessment Scale, 3rd edition*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Brecher, E., & the Editors of Consumer Reports Books. (1984).** *Love, sex, and aging: A Consumers Union report*. Boston: Little, Brown.
- Bremner, W. J., Vitiello, M. V., & Prinz, P. N. (1983).** Loss of circadian rhythmicity in blood testosterone levels with aging in normal men. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 56, 1278-1281.
- Brener, N. D., Simon, T. R., Krug, E. G., & Lowry, R. (1999).** Recent trends in violence-related behaviors among high school students in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 282, 440-446.
- Brenneman, K., Massey, C., Machado, S. F., & Gelman, R. (1996).** Young children's plans differ for writing and drawing. *Cognitive Development*, 11, 397-419.
- Brenner, M. H. (1991).** Health, productivity, and the economic environment: Dynamic role of socioeconomic status. In G. Green & F. Baker (Eds.), *Work, health, and productivity* (pp. 241-255). New York: Oxford University Press.
- Breslow, L., & Breslow, N. (1993).** Health practices and disability: Some evidence from Alameda County. *Preventive Medicine*, 22(1), 86-95.
- Bretherton, I. (1990).** Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 237-252.
- Bretherton, I. (Ed.). (1984).** *Symbolic play: The development of social understanding*. Orlando, FL: Academic.
- Brian, D. (1996).** *Einstein: A life*. New York: Wiley.
- Briley, M. (1980, July-August).** Burnout stress and the human energy crisis. *Dynamic Years*, pp. 36-39.
- Brines, J., & Joyner, K. (1999).** The ties that bind: Principles of cohesion in cohabitation and marriage. *American Sociological Review*, 64, 333-355.
- Briss, P. A., Sacks, J. J., Addiss, D. G., Kresnow, M., & O'Neil, J. (1994).** A nationwide study of the risk of injury associated with day care center attendance. *Pediatrics*, 93, 364-368.
- Brock, D. W. (1992, March-April).** Voluntary active euthanasia. *Hastings Center Report*, pp. 10-22.
- Brody, G. H., & Flor, D. L. (1998).** Maternal resources, parenting practices, and child competence in rural, singleparent African American families. *Child Development*, 69, 803-816.
- Brody, G. H., Stoneman, Z., & Flor, D. (1995).** Linking family processes and academic competence among rural African American youths. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 567-579.
- Brody, G. H., Stoneman, Z., & Flor, D. (1996).** Parental religiosity, family processes, and youth competence in rural, two-parent African American families. *Developmental Psychology*, 32, 696-706.
- Brody, G. H., Stoneman, Z., Flor, D., McCrary, C., Hastings, L., & Conyers, O. (1994).** Financial resources, parent psychological functioning, parent cocaregiving, and early adolescent competence in rural two-parent African-American families. *Child Development*, 65, 590-605.
- Brody, G. H., Stoneman, Z., & Gauger, K. (1996).** Parent-child relationships, family problem-solving behavior, and sibling relationship quality: The moderating role of sibling temperaments. *Child Development*, 67, 1289-1300.
- Brody, L. R., Zelazo, P. R., & Chaika, H. (1984).** Habituation-dishabituation to speech in the neonate. *Developmental Psychology*, 20, 114-119.
- Brody, J. E. (1995, June 28).** Preventing birth defects even before pregnancy. *The New York Times*, p. C10.
- Brodzinsky, D. (1993).** Long-term outcomes in adoption. In R. E. Behrman (Ed.), *The future of children: Adoption* (pp. 153-166). Los Altos, CA: Center for the Future of Children, The Davis and Lucile Packard Foundation.
- Brodzinsky, D. (1997).** Infertility and adoption adjustment: Considerations and clinical issues. In S. R. Leiblum (Ed.), *Infertility: Psychological issues and counseling strategies* (pp. 246-262). New York: Wiley.
- Bronfenbrenner, U. (1979).** *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986).** Ecology of the family as a context for human development:

- Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22, 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1994).** Ecological models of human development. In T. Husen & T. N. Postlethwaite (Eds.), *International encyclopedia of education* (2nd ed., Vol. 3). Oxford: Pergamon Press/Elsevier Science.
- Bronfenbrenner, U., Belsky, J., & Steinberg, L. (1977).** *Daycare in context: An ecological perspective on research and public policy*. Review prepared for Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Bronfenbrenner, U., & Crouter, A. (1982).** Work and family through time and space. In S. B. Kamerman & C. D. Hayes (Eds.), *Families that work: Children in a changing world*. Washington, DC: National Academy of Science.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998).** The ecology of developmental processes. In W. Damon (Series Ed.) & R. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 993-1028). New York: Wiley.
- Bronner, E. (1999, January 22).** Social promotion is bad; repeating a grade may be worse. *The New York Times* [On-line]. Available: <http://search.nytimes.com/search/daily/bin/fastweb?getdoc+site+13235+0+wAAA+social%7Epromotion>.
- Bronstein, P. (1988).** Father-child interaction: Implications for gender role socialization. In P. Bronstein & C. P. Cowan (Eds.), *Fatherhood today: Men's changing role in the family*. New York: Wiley.
- Bronstein, R., Clauson, J., Stoll, M. E., & Abrams, C. L. (1993).** Parenting behavior and children's social, psychological, and academic adjustment in diverse family structures. *Family Relations*, 42, 268-276.
- Brooks-Gunn, J. (1988).** Pubertal processes and the early adolescent transition. In W. Damon (Ed.), *Child development today and tomorrow*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brooks-Gunn, J., Britto, R. R., & Brady, C. (in press).** Struggling to make ends meet: Poverty and child development. In M. E. Lamb (Ed.), *Non-traditional families: Parenting and child development*.
- Brooks-Gunn, J., & Duncan, G. J. (1997).** The effects of poverty on children. *The Future of Children*, 7, 55-71.
- Brooks-Gunn, J., Duncan, G. J., Leventhal, T., & Aber, J. L. (1997).** Lessons learned and future directions for research on the neighborhoods in which children live. In J. Brooks-Gunn, G. J. Duncan, & J. L. Aber (Eds.), *Neighborhood poverty: Context and consequences for children* (Vol. 1, pp. 279-297). New York: Russell Sage Foundation.
- Brooks-Gunn, J., Klebanov, P. K., & Duncan, G. J. (1996).** Ethnic differences in children's intelligence test scores: Role of economic deprivation, home environment, and maternal characteristics. *Child Development*, 67, 396-408.
- Brooks-Gunn, J., Klebanov, P. K., Liaw, R., & Spiker, D. (1993).** Enhancing the development of low-birthweight, premature infants: Changes in cognition and behavior over the first three years. *Child Development*, 64, 736-753.
- Brooks-Gunn, J., McCarton, C. M., Casey, R. H., et al. (1994).** Early intervention in low-birthweight premature infants: Results through age 5 years from the Infant Health Development Program. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1257-1262.
- Brooks-Gunn, J., & Reiter, E. O. (1990).** The role of pubertal processes. In S. S. Feldman & G. R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Broude, G. J. (1994).** *Marriage, family, and relationships: A cross-cultural encyclopedia*. Santa Barbara, CA: ABC-CLIO.
- Broude, G. J. (1995).** *Growing up: A crosscultural encyclopedia*. Santa Barbara, CA: ABC-CLIO.
- Brown, A. L., Metz, K. E., & Campione, J. C. (1996).** Social interaction and individual understanding in a community of learners: The influence of Piaget and Vygotsky. In A. Tryphon & J. Voneche (Eds.), *Piaget-Vygotsky: The social genesis of thought* (pp. 145-170). Hove, England: Psychology/Erlbaum (UK) Taylor & Francis.
- Brown, B. B., Mounts, N., Lamborn, S. D., & Steinberg, L. (1993).** Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Development*, 64, 467-482.
- Brown, J. L. (1987).** Hunger in the U.S. *Scientific American*, 256(2), 37-41.
- Brown, J. M. (1989).** *Gandhi: Prisoner of hope*. New Haven: Yale University Press.
- Brown, J. R., & Dunn, J. (1996).** Continuities in emotion understanding from three to six years. *Child Development*, 67, 789-802.
- Brown, J. T., & Stoudemire, A. (1983).** Normal and pathological grief. *Journal of the American Medical Association*, 250, 378-382.
- Brown, L. A., Shumway-Cook, A., & Wollacott, M. H. (1999).** Attentional demands and postural recovery: The effects of aging. *Journals of Gerontology: Series A. Biological Sciences & Medical Sciences*, 54A, M165-M171.
- Brown, L. J., Kaste, L. M., Selwitz, R. H., & Furman, L. J. (1996).** Dental caries and sealant usage in U.S. children, 1988-1991. *Journal of the American Dental Association*, 127, 335-343.
- Brown, L. M., & Gilligan, C. (1990, April).** *The psychology of women and the development of girls*. Paper presented at the Laurel-Harvard Conference on the Psychology of Women and the Education of Girls, Cleveland, OH.
- Brown, N. M. (1990).** Age and children in the Kalahari. *Health and Human Development Research*, 1, 26-30.
- Brown, R. (1993, April 17).** Motherhood past midnight. *New Scientist*, pp. 4-8.
- Brown, R., & Pressley, M. (1994).** Self-regulated reading and getting meaning from text: The transactional Strategies instruction model and its ongoing validation. In D. Schunk & B. Zimmerman (Eds.), *Self-regulation of learning and performance: Issues and educational applications* (pp. 155-179). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brown, R., Pressley, M., Schuder, T., & Van Meter, P. (1994).** *A quasiexperimental validation of transactional strategies instruction with previously low-achieving grade-2 readers*. Buffalo and Albany: State University of New York.
- Brown, S. S. (1985).** Can low birth weight be prevented? *Family Planning Perspectives*, 17(3), 112-118.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986).** Impact of child sexual abuse: A review of research. *Psychological Bulletin*, 99(1), 66-77.
- Brownell, K. (1998, July/August).** The pressure to eat: Why we're getting fatter. *Nutrition Action Health Letter* [Online]. Available: http://www.cspinet.org/nah/7_98eat.htm
- Brozan, N. (1990, November 29).** Less visible but heavier burdens as AIDS attacks people over 50. *The New York Times*, pp. A1, A16.
- Brubaker, T. H. (1983).** Introduction. In T. H. Brubaker (Ed.), *Family relationships in later life*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Brubaker, T. H. (1990).** Families in later life: A burgeoning research area. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 959-981.
- Brubaker, T. H. (Ed.). (1993).** *Family relationships: Current and future directions*. Newbury Park, CA: Sage.
- Bruce, J., Lloyd, C. B., & Leonard, A. (1995).** *Families infocus: New perspectives on mothers, fathers, and children*. New York: Population Council.
- Bruck, M., & Ceci, S. J. (1997).** The suggestibility of young children. *Current Directions in Psychological Science*, 6, 75-79.
- Bruck, M., Ceci, S. J., & Hembroke, H. (1998).** Reliability and credibility of young children's reports: From research to policy and practice. *American Psychologist*, 53, 136-151.

- Bruner, A. B., Joffe, A., Duggan, A. K., Casella, J. E., & Brandt, J. (1996).** Randomised study of cognitive effects of iron supplementation in nonanaemic iron-deficient adolescent girls. *Lancet*, 348, 992-996.
- Brunner, E., White, L., Thorogood, M., Bristow, A., Curle, D., & Marmot, M. (1997).** Can dietary interventions change diet and cardiovascular risk factors? A meta-analysis of randommized controlled trials. *American Journal of Public Health*, 87, 1415-1422.
- Bryson, K. (1996, October).** *Household and family characteristics: March 1995* (Current Population Report No. P2(M88; PPL-46). Washington, DC: U.S. Bureau of the Census.
- Buchanan, C. M., Eccles, J. S., & Becker, J. B. (1992).** Are adolescents the victims of raging hormones: Evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychological Bulletin*, 111, 62-107.
- Buckner, J. C., Bassuk, E. L., Weinreb, L. F., & Brooks, M. G. (1999).** Homelessness and its relation to the mental health and behavior of low-income school-age children. *Developmental Psychology*, 35(1), 246-257.
- Buhrmester, D. (1990).** Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development*, 61, 1101-1111.
- Buhrmester, D. (1996).** Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp. 158-185). New York: Cambridge University Press.
- Buhrmester, D., & Furman, W. (1990).** Perceptions of sibling relationships during middle childhood and adolescence. *Child Development*, 61, 138-139.
- Bukowski, W. M., & Kramer, T. L. (1986).** Judgments of the features of friendship among early adolescent boys and girls. *Journal of Early Adolescence*, 6, 331-338.
- Bulcroft, K., & O'Conner, M. (1986).** The importance of dating relationships on quality of life for older persons. *Family Relations*, 35, 397-401.
- Bulcroft, R. A., & Bulcroft, K. A. (1991).** The nature and function of dating in later life. *Research on Aging*, 13, 244-260.
- Bullock, M., Gelman, R., & Baillargeon, R. (1982).** The development of causal reasoning. In W. J. Friedman (Ed.), *The developmental psychology of time* (pp. 209-254). New York: Academic.
- Bumpass, L., & Aquilino, W. (1993).** *Mapping the social terrain of midlife in the U.S.* Unpublished manuscript, University of Wisconsin.
- Burchinal, M. R., Campbell, F. A., Bryant, D. M., Wasik, B. H., & Ramey, C. T. (1997).** Early intervention and mediating processes in cognitive performance of children of low-income African American families. *Child Development*, 68, 935-954.
- Burchinal, M. R., Roberts, J. E., Nabors, L. A., & Bryant, D. M. (1996).** Quality of center child care and infant cognitive and language development. *Child Development*, 67, 606-620.
- Bureau of Labor Statistics. (1998).** *Workers onflexible and shift schedules in 1997* (Suppl. to May 1997 Current Population Survey) [On-line]. Available: <http://www.bls.gov/news.release/flex.nws.html>
- Bureau of Labor Statistics. (1999a).** *Employment characteristics of families in 1998* [On-line]. Available: <http://www.bls.gov/news.release/famee.nws.html>
- Bureau of Labor Statistics. (1999b, April).** *Highlights of women's earnings in 1998* (Report No. 928) [On-line]. Available: <http://www.bls.gov/cps.wom98.htm>
- Bureau of Labor Statistics. (1999c, April 15).** *Usual weekly earnings of wage and salary workers: First quarter 1999* [Online]. Available: <http://www.bls.gov/news.release/wkyeng.nws.html>
- Bureau of Labor Statistics. (1999d, July 2).** *The employment situation: June 1999* [On line]. Available: <http://www.bls.gov/news.release/emp.sit.html>
- Burhans, K. K., & Dweck, C. S. (1995).** Helplessness in early childhood: The role of contingent worth. *Child Development*, 66, 1719-1738.
- Burkhauser, R. V., Holden, K. C., & Feaster, D. (1988).** Incidence, timing, and events associated with poverty: A dynamic view of poverty in retirement. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43, S46-52.
- Burns, A. (1992).** Mother-headed families: An international perspective and the case of Australia. *Social Policy Report of the Society for Research in Child Development*, 6(1).
- Burns, G. (1983).** *How to live to be 100—or more: The ultimate diet, sex, and exercise book*. New York: Putnam.
- Burns, J. F. (1994, August 27).** India fights abortion of female fetuses. *The New York Times*, p. A5.
- Burros, M. (1990, October 3).** Children are focus of diet-pill issue. *The New York Times*, pp. C1, C4.
- Burton, L. M. (1992).** Black grandparents rearing children of drug-addicted parents: Stressors, outcomes, and social service needs. *The Gerontologist*, 32, 744-751.
- Bushnell, E. W., & Boudreau, J. P. (1993).** Motor development and the mind: The potential role of motor abilities as a determinant of aspects of perceptual development. *Child Development*, 64, 1005-1021.
- Buss, D'. (1994a).** *The evolution of desire*. New York: Basic Books.
- Buss, D. (1994b).** Mate preferences in 37 cultures. In W. J. Lonner & R. Malpass (Eds.), *Psychology and culture* (pp. 197-201). Boston: Allyn & Bacon.
- Busse, E. W. (1987).** Primary and secondary aging. In G. L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (p. 534). New York: Springer.
- Bussey, K., & Bandura, A. (1992).** Self-regulatory mechanisms governing gender development. *Child Development*, 63, 1236-1250.
- Bussey, K., & Bandura, A. (1999).** Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*, 106, 676-713.
- Butler, R. (1961).** Re-awakening interests. *Nursing Homes: Journal of the American Nursing Home Association*, 10, 8-19.
- Butler, R. (1996).** The dangers of physician-assisted suicide. *Geriatrics*, 51, 7.
- Butterfield, S. A., & Loovis, E. M. (1993).** Influence of age, sex, balance, and sport participation on development of throwing by children in grades K-8. *Perceptual and Motor Skills*, 76, 459-464.
- Butterworth, G., & Jarrett, N. (1991).** What minds have in common is space: Spatial mechanisms serving joint visual attention in infancy. *British Journal of Developmental Psychology*, 9, 55-72.
- Byrnes, J. P., & Fox, N. A. (1998).** The educational relevance of research in cognitive neuroscience. *Educational Psychology Review*, 10, 297-342.
- Cadigan, R. J. (1998).** Woman-to-woman marriage: Practices and benefits in sub-Saharan Africa. *Journal of Comparative Family Studies*, 29, 89-98.
- Cadwell, S. (1994, August).** The psychological impact of HIV on gay men. *The Meminger Letter*, pp. 4-5.
- Cain, W. S., Reid, F., & Stevens, J. C. (1990).** Missing ingredients: Aging and the discrimination of flavor. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 9, 3-15.
- Caldwell, B. M., & Bradley, R. H. (1984).** *Home Observation for Measurement of the Environment*. Unpublished manuscript, University of Arkansas at Little Rock.

- Calkins, S. D., & Fox, N. A. (1992). The relations among infant temperament, security of attachment, and behavioral inhibition at twenty-four months. *Child Development*, 63, 1456-1472.
- Call, K. T., Mortimer, J. T., & Shanahan, M. (1995). Helpfulness and the development of competence in adolescence. *Child Development*, 66, 129-138.
- Call, V., Sprecher, S., & Schwartz, P. (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 639-652.
- Callahan, D., & White, M. (1996). The legalization of physician-assisted suicide: Creating a regulatory Potemkin village. *University of Richmond Law Review*, 30(1), 1-83.
- Callan, V. (1986). The impact of the first birth: Married and single women preferring childlessness, one child, or two children. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 261-269.
- Calle, E. E., Thun, M. J., Petrelli, J. M., Rodriguez, C., & Heath, Jr., C. W. (1999). Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *New England Journal of Medicine*, 341, 1097-1105.
- Camargo, C. A., Gaziano, M., Hennekens, C. H., Manson, J. E., & Stampfer, M. J. (1994, November). *Prospective study of moderate alcohol consumption and mortality in male physicians*. Paper presented at the 67th Annual Scientific Sessions of the American Heart Association, Dallas, TX.
- Camp, C. J. (1989). World-knowledge systems. In L. W. Poon, D. C. Rubin, & B. A. Wilson (Eds.), *Everyday cognition in adulthood and late life*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Camp, C. J., Doherty, K., Moody-Thomas, S., & Denney, N. W. (1989). Practical problem solving in adults: A comparison of problem types and scoring methods. In J. D. Sinnott (Ed.), *Everyday problem solving: Theory and applications* (pp. 211-228). New York: Praeger.
- Camp, C. J., Foss, J. W., Stevens, A. B., Reichard, C. C., McKittrick, L. A., & O'Hanlon, A. M. (1993). Memory training in normal and demented populations: The E-I-E-I-0 model. *Experimental Aging Research*, 19, 277-290.
- Camp, C. J., & McKittrick, L. A. (1989). The dialectics of remembering and forgetting across the adult lifespan. In D. Kramer & M. Bopp (Eds.), *Dialectics and contextualism in clinical and developmental psychology: Change, transformation, and the social context* (pp. 169-187). New York: Springer.
- Camp, C. J., & McKittrick, L. A. (1992). Memory interventions in Alzheimer's-type dementia populations: Methodological and theoretical issues. In R. L. West & J. D. Sinnott (Eds.), *Everyday memory and aging: Current research and methodology* (pp. 155-172). New York: Springer-Verlag.
- Campbell, J., & Moyers, W. (1988). *The power of myth with Bill Moyers*. New York: Doubleday.
- Campbell, S. B., Cohn, J. E., & Meyers, T. (1995). Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology*, 31, 349-357.
- Campfield, L. A., Smith, F.J., & Burn, P. (1998, May 29). Strategies and potential molecular targets for obesity treatment. *Science*, 280, 1383-1387.
- Campfield, L. A., Smith, F.J., Guisez, Y., Devos, R., & Burn, P. (1995). Recombinant mouse OB protein: Evidence for a peripheral signal linking adiposity and central neural networks. *Science*, 269, 546-549.
- Campos, J., Bertenthal, B., & Benson, N. (1980, April). *Self-produced locomotion and the extraction of form invariance*. Paper presented at the meeting of the International Conference on Infant Studies, New Haven, CT.
- Campos, J. J., Langer, A., & Krowitz, A. (1970). Cardiac responses on the visual cliff in prelocomotor human infants. *Science*, 170, 196-197.
- Camras, L. A., Oster, H., Campos, J., Campos, R., Vjile, T., Miyake, K., Wang, L., & Meng, Z. (1998). Production of emotional facial expressions in European American, Japanese, and Chinese infants. *Developmental Psychology*, 34(4), 616-628.
- The Canadian Early and Mid-Trimester Amniocentesis Trial (CEMAT) Group. (1998). Randomized trial to assess safety and fetal outcome of early and midtrimester amniocentesis. *Lancet*, 351, 242-247.
- Cantor, J. (1994). Confronting children's fright responses to mass media. In D. Zillman, J. Bryant, & A. C. Huston (Eds.), *Media, children, and the family: Social scientific, psychoanalytic, and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cao, A., Saba, L., Galanello, R., & Rosatelli, M. C. (1997). Molecular diagnosis and carrier screening for β thalassemia. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1273-1277.
- Cao, G., Booth, S. L., Sadowski, J. A., & Prior, R. L. (1998). Increases in human plasma antioxidant capacity after consumption of controlled diets high in fruit and vegetables. *American Journal of Clinical Nutrition*, 68, 1081-1087.
- Cao, X.-Y., Jiang, X.-M., Dou, Z.-H., Rakeman, M. A., Zhang, M.-L., O'Donnell, K., Ma, T., Amette, K., DeLong, N., & DeLong, G. R. (1994). Timing of vulnerability of the brain to iodine deficiency in endemic cretinism. *New England Journal of Medicine*, 331, 1739-1744.
- Caplan, D. (1992). Neural structures. In W. Bright (Ed.), *International encyclopedia of linguistics* (Vol. 3, pp. 79-84). New York: Oxford University Press.
- Caplan, M., Vespo, J., Pedersen, J., & Hay, D. E. (1991). Conflict and its resolution in small groups of one-and two-year olds. *Child Development*, 62, 1513-1524.
- Capon, N., Kulm, D., & Carretero, M. (1989). Consumer reasoning. In J. D. Sinnott (Ed.), *Everyday problem solving: Theory and application* (pp. 153-174). New York: Praeger.
- Capute, A. J., Shapiro, B. K., & Palmer, E. B. (1987). Marking the milestones of language development. *Contemporary Pediatrics*, 4(4), 24.
- Caraballo, R. S., Giovino, G. A., Pechacek, T. E., Mowery, P. D., Richter, P. A., Strauss, W. J., Sharp, D. J., Eriksen, M. P., Pirkle, J. L., & Maurer, K. R. (1998). Racial and ethnic differences in serum cotinine levels of cigarette smokers. *Journal of the American Medical Association*, 280, 135-139.
- Carbery, J., & Buhrmester, D. (1998). Friendship and need fulfillment during three phases of young adulthood. *Journal of Social & Personal Relationships*, 15, 393-409.
- Cargan, L. (1981). Singles: An examination of two stereotypes. *Family Relations*, 30, 377-385.
- Carlson E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69(4), 1107-1128.
- Carlson S. M., Moses, L. J., & Hix, H. R. (1998). The role of inhibitory processes in young children's difficulties with deception and false belief. *Child Development*, 69(3), 672-691.
- Carpenter, M. W., Sady, S. P., Hoegsberg, B., Sady, M. A., Haydon, B., Cullinane, E. M., Coustan, D. R., & Thompson, P. D. (1988). Fetal heart rate response to maternal exertion. *Journal of the American Medical Association*, 259(20), 3006-3009.
- Carraher, T. N., Schliemann, A. D., & Carraher, D. W. (1988). Mathematical concepts in everyday life. In G. B. Saxe & M. Gearhart (Eds.), *Children's mathematics. New Directions in Child Development*, 41, 71-87.
- Carrera, M. A. (1986, April). *Future directions in teen pregnancy prevention*.

- Paper presented at the annual meeting of the Society for the Scientific Study of Sex. Eastern Region.
- Carskadon, M. A., Aceno, C., Richardson, C. S., Tate, B. A., & Seifer, R. (1997).** Long nights protocol: Access to circadian parameters in adolescents. *Journal of Biological Rhythms*, 12, 278-289.
- Carson, J. L., & Parke, R. D. (1996).** Reciprocal negative affect in parent-child interactions and children's peer competency. *Child Development*, 67, 2217-2226.
- Carstensen, L. L. (1991).** Selectivity theory: Social activity in life-span context. In *Annual review of gerontology and geriatrics* (Vol. 11, pp. 195-217). New York: Springer.
- Carstensen, L. L. (1995).** Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 150-156.
- Carstensen, L. L. (1996).** Socioemotional selectivity: A life span developmental account of social behavior. In M. R. Merrens & G. G. Brannigan (Eds.), *The developmental psychologists: Research adventures across the life span* (pp. 251-272). New York: McCraw-Hill.
- Carstensen, L. L. (1999).** Elderly show their emotional know-how. (Cited in *Science News*, 155, p. 374). Paper presented at the meeting of the American Psychological Society, Denver, CO.
- Carstensen, L. L. (1999, June).** *Emotional regulation in old age: An area of continued growth?* Paper presented at the meeting of the American Psychological Society, Denver, CO.
- Carstensen, L. L., Graff, J., Levenson, R. W., & Gottman, J. M. (1996).** Affect in intimate relationships: The development course of marriage. In C. Magai & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 227-247). San Diego: Academic Press.
- Carstensen, L. L., & Pasupathi, M. (1993).** Women of a certain age. In S. Matteo (Ed.), *Critical issues facing women in the '90s* (pp. 66-78). Boston: Northeastern University Press.
- Carter, J. (1975).** *Why not the best?* Nashville, TN: Broadman.
- Carter, J. (1998).** *The virtues of aging.* New York: Ballantine.
- Carter Center. (1995, Winter).** *Carter Center News*, pp. 1,3,4-6,9.
- Casaer, P. (1993).** Old and new facts about perinatal brain development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(1), 101-109.
- Case, R. (1985).** *Intellectual development: Birth to adulthood.* Orlando, FL: Academic Press.
- Case, R. (1992).** Neo-Piagetian theories of child development. In R. Sternberg & C. Berg (Eds.), *Intellectual development.* New York: Cambridge University Press.
- Case, R., & Okamoto, Y. (1996).** The role of central conceptual structures in the development of children's thought. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 61(1-2, Serial No. 246).
- Casper, L. M., & Bryson, K. R. (1998).** *Co-resident grandparents and their grandchildren: grandparent maintained families* (Population Division Working Paper No. 26). Washington, DC: U.S. Bureau of the Census.
- Caspi, A. (1998).** Personality development across the life course. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 311-388). New York: Wiley.
- Casji, A., Begg, D., Dickson, N., Harrington, H. L., Langley, J., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1997).** Personality differences predict health-risk behaviors in young adulthood: Evidence from a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1052-1063.
- Caspi, A., & Silva, P. (1995).** Temperamental qualities at age 3 predict personality traits in young adulthood: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Child Development*, 66, 486-498.
- Cassee, C. (1992).** Ethics and the future of aging research: Promises and problems. *Generations*, 16(4), 61-65.
- Cassidy, J., & Hossler, A. (1992).** State and federal definitions of the gifted: An update. *Gifted Child Quarterly*, 15, 46-53.
- Castaneda, C. J. (1996, June 16).** Right-todie debate rages on. *Chicago Sun-Times*, p. 57.
- Cattell, R. B. (1965).** *The scientific analysis of personality.* Baltimore: Penguin.
- Cavanaugh, J. C., Kramer, D. A., Sinnott, J. D., Camp, C. J., & Markley, R. P. (1985).** On missing links and such: Interfaces between cognitive research and everyday problem solving. *Human Development*, 28, 146-168.
- Ceci, S. J. (1991).** How much does schooling influence general intelligence and its cognitive components? A reassessment of the evidence. *Developmental Psychology*, 27, 703-722.
- Ceci, S. J., & Bruck, M. (1993).** Child witnesses: Translating research into policy. *Social Policy Report of the Society for Research in Child Development*, 7(3).
- Ceci, S., & Liker, J. (1986).** A day at the races: A study of IQ, expertise, and cognitive complexity. *Journal of Experimental Psychology: General*, 114, 255-266.
- Ceci, S. J., & Williams, W. M. (1997).** Schooling, intelligence, and income. *American Psychologist*, 52(10), 1105-1058.
- Cellis, W. (1990).** More states are laying school paddle to rest. *The New York Times*, pp. A1, B12.
- Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA). (1996, June).** *Substance abuse and the American woman.* New York: Author.
- Center on Elderly People Living Alone. (1995a, January).** *Nursing homes* (Public Policy Institute Fact Sheet FS10R). Washington, DC: American Association of Retired Persons.
- Center on Elderly People Living Alone. (1995b, April).** *Long-term care* (Public Policy Institute Fact Sheet FS27-R). Washington, DC: American Association of Retired Persons.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1993).** Rates of cesarean delivery-United States, 1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 42, 285-289.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1994).** Homicides among 15- to 19-year-old males—United States, 1963-1991. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 43, 725-727.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1995).** Update: Trends in fetal alcohol syndrome—United States, 1979-1993. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44, 249-251.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1996).** Suicide among older persons—United States, 1980-1992. *Journal of the American Medical Association*, 275, 509.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1997, April 25).** Alcohol consumption among pregnant and childbearing-aged women—United States, 1991 and 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46(16), 346-350.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1999a).** Impact of vaccines universally recommended for children—United States, 1900-1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48, 243-248.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1999b).** National vaccine coverage levels among children aged 19-35 months—United States, 1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48, 829-830.
- Cerhan, J. R., & Wallace, R. B. (1997).** Change in social ties and subsequent mortality in rural elders. *Epidemiology*, 8, 475-481.
- Cernoch, J. M., & Porter, R. H. (1985).** Recognition of maternal axillary odors by infants. *Child Development*, 56, 1593-1598.

- Chafetz, M. D. (1992).** *Smart for life*. New York: Penguin.
- Chalfie, D. (1994).** *Going it alone: A closer look at grandparents parenting grandchildren*. Washington, DC: AARP Women's Initiative.
- Chambre, S. M. (1993).** Volunteerism by elders: Past trends and future prospects. *The Gerontologist*, 33, 221-227.
- Chan, R. W., Raboy, B., & Patterson, C. J. (1998).** Psychosocial adjustment among children conceived via donor insemination by lesbian and heterosexual mothers. *Child Development*, 69, 443-457.
- Chandra, A., A bina, J., Maza, P., & Bachrach, C. (1999).** *Adoption, adoption seeking, and relinquishment for adoption in the United States* (Advance Data from Vital and Health Statistics No. 306). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Chao, R. (1996).** Chinese and European American mothers' beliefs about the role of parenting in children's school success. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27, 403-423.
- Chao, R. K. (1994).** Beyond parental control and authoritarian parenting style: Understanding Chinese parenting through the cultural notion of training. *Child Development*, 65, 1111-1119.
- Chapman, M., & Lindenberg, U. (1988).** Functions, operations, and décalage in the development of transitivity. *Developmental Psychology*, 24, 542-551.
- Chappell, N. L. (1991).** Living arrangements and sources of caregiving. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46(1), S1-S8.
- Chase-Lansdale, P. L., Cherlin, A. J., & Kiernan, K. E. (1995).** The long-term effects of parental divorce on the mental health of young adults: A developmental perspective. *Child Development*, 66, 1614-1634.
- Chehab, F. F., Mounzih, K., Lu, R., & Lim, M. E. (1997, January 3).** Early onset of reproductive function in normal female mice treated with leptin. *Science*, 275, 88-90.
- Chen, C., & Stevenson, H. W. (1989).** Homework: A cross-cultural examination. *Child Development*, 60, 551-561.
- Chen, C., & Stevenson, H. W. (1995).** Motivation and mathematics achievement: A comparative study of Asian-American, Caucasian-American, and East Asian high school students. *Child Development*, 66, 1215-1234.
- Chen, X., Hastings, P. D., Rubin, K. H., Chen, H., Cen, G., & Stewart, S. L. (1998).** Child-rearing attitudes and behavioral inhibition in Chinese and Canadian toddlers: A cross-cultural study. *Developmental Psychology*, 34(4), 677-686.
- Chen, X., Rubin, K. H., & Li, D. (1997).** Relation between academic achievement and social adjustment: Evidence from Chinese children. *Developmental Psychology*, 33, 518-525.
- Chen, X., Rubin, K. H., & Li, Z. (1995).** Social functioning and adjustment in Chinese children: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 31, 531-539.
- Chen, X., Rubin, K. H., & Sun, Y. (1992).** Social reputation and peer relationships in Chinese and Canadian children: A cross-cultural study. *Child Development*, 63, 1336-1343.
- Cherlin, A., & Furstenberg, F. F. (1986a).** Grandparents and family crisis. *Generations*, 10(4), 26-28.
- Cherlin, A., & Furstenberg, F. F. (1986b).** *The new American grandparent*. New York: Basic Books.
- Cherry, K. E., & Park, D. C. (1993).** Individual differences and contextual variables influence spatial memory in younger and older adults. *Psychology and Aging*, 8, 517-526.
- Chervenak, F. A., Isaacson, G., & Mahoney, M. J. (1986).** Advances in the diagnosis of fetal defects. *New England Journal of Medicine*, 315(5), 305-307.
- Chess, S. (1997, November).** Temperament: Theory and clinical practice. *The Harvard Mental Health Letter*, pp. 5-7.
- Chess, S., & Thomas, A. (1982).** Infant bonding: Mystique and reality. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(2), 213-222.
- Cheung, M. C., Goldberg, J. D., & Kan, Y. W. (1996).** Prenatal diagnosis of sickle cell anaemia and thalassaemia by analysis of fetal cells in maternal blood. *Nature Genetics*, 14, 264-268.
- Children's Defense Fund. (1996).** *The state of America's children: Yearbook 1996*. Washington, DC: Author.
- Children's Defense Fund. (1997a).** *The state of America's children: Yearbook 1997*. Washington, DC: Author.
- Children's Defense Fund. (1997b, October).** U.S. teen birth rate drops for fourth year in a row. *CDF Reports*, 18(1), 1-2.
- Children's Defense Fund. (1998).** *The state of America's children yearbook*, 1998. Washington, DC: Author.
- Chin, A. E., Heedberg, K., Higginson, G. K., & Flerning, D. W. (1999).** Legalized physician-assisted suicide in Oregon-the first year's experience. *New England Journal of Medicine*, 340, 577-583.
- Chiriboga, C. A., Brust, J. C. M., Bateman, D., & Hauser, W. A. (1999).** Dose-response effect of fetal cocaine exposure on newborn neurologic function. *Pediatrics*, 103, 79-85.
- Chiriboga, D. (1989).** Mental health at the midpoint: Crisis, challenge, or relief? In S. Hunter & M. Sundel (Eds.), *Midlife myths*. Newbury Park, CA: Sage.
- Chiriboga, D. A. (1997).** Crisis, challenge, and stability in the middle years. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 293-322). Chicago: University of Chicago Press.
- Chisholm, J. S. (1983).** *Navajo infancy: An ethnological study of child development*. New York: Aldine.
- Chissell, J. T. (1989, July).** Paper presented at symposium on race, racism, and health at the 94th annual convention of the National Medical Association, Orlando, FL.
- Chochinov, H. M., Tataryn, D., Clinch, J. J., & Dudgeon, D. (1999).** Will to live in the terminally ill. *Lancet*, 354, 816-819.
- Choi, K.-H., Catania, J. A., & Dolcini, M. M. (1994).** Extramarital sex and HIV risk behavior among US adults: Results from the national AIDS behavior survey. *American Journal of Public Health*, 84, 2003-2007.
- Cholesterol: New advice. (1993, December).** *University of California at Berkeley Wellness Letter*, pp. 4-6.
- Chomitz, V. R., Cheung, L. W. Y., & Lieberman, E. (1995).** The role of lifestyle in preventing low birth weight. *The Future of Children*, 5(1), 121-138.
- Chomsky, C. S. (1969).** *The acquisition of syntax in children from five to ten*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Chomsky, N. (1957).** *Syntactic structures*. The Hague: Mouton.
- Chomsky, N. (1972).** *Language and mind* (2nd ed). New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Chomsky, N. (1995).** *The minimalist program*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Chorpita, B. P., & Barlow, D. H. (1998).** The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Christie, J. F. (1991).** *Psychological research on play: Connections with early literacy development*. Albany: State University of New York Press.
- Christie, J. F. (1998).** Play as a medium for literacy development. In D. P. Fromberg & D. Bergen (Eds.), *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (pp. 50-55). New York: Garland.
- Chubb, N. H., Fertman, C. L., & Ross, J. L. (1997).** Adolescent self-esteem and locus of control: A longitudinal study of gender and age differences. *Adolescence*, 32, 113-129.
- Chugani, H. T. (1998).** A critical period of brain development: Studies of cerebral glucose utilization with PET. *Preventive Medicine*, 27, 184-187.
- Chumlea, W. C. (1982).** Physical growth in adolescence. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Cicchetti, D., & Beeghly, M. (1990).** *Down syndrome: A developmental perspective*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., & Sroufe, L. A. (1978).** An organizational view of affect: Illustration from the study of Down's syndrome infants. In M. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The development of affect* (pp. 309-350). New York: Plenum.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998).** The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.
- Cicirelli, V. G. (1976).** Family structure and interaction: Sibling effects on socialization. In M. F. McMillan & S. Henao (Eds.), *Child psychiatry: Treatment and research*. New York: Brunner/Mazel.
- Cicirelli, V. G. (1977).** Relationship of siblings to the elderly person's feelings and concerns. *Journal of Gerontology*, 12(3), 317-322.
- Cicirelli, V. G. (1980, December).** *Adult children's views on providing services for elderly parents*. Report to the Andrus Foundation.
- Cicirelli, V. G. (1983).** Adult children and their elderly parents. In T. H. Brubaker (Ed.), *Family relationships in later life* (pp. 31-16). Newbury Park, CA: Sage.
- Cicirelli, V. G. (1989a).** Feelings of attachment to siblings and well-being in later life. *Psychology and Aging*, 4(2), 211-216.
- Cicirelli, V. G. (1989b).** Helping relationships in later life: A reexamination. In J. A. Mancini (Ed.), *Aging parents and adult children*. Lexington, MA: Heath.
- Cicirelli, V. G. (1994a).** Sibling relationships in cross-cultural perspective. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 7-20.
- Cicirelli, V. G. (1994b, November).** *Sibling relationships over the life course*. Paper presented at the 49th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Atlanta, GA.
- Cicirelli, V. G. (1995).** *Sibling relationships across the life span*. New York: Plenum Press.
- Citro, J., & Hermanson, S. (1999, March).** *Assisted living in the United States* [Online]. Available: http://www.research.aarp.org/il/fs62r_assisted.html
- Clark-Plaskie, M., & Lachman, M. E. (1999).** The sense of control in midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle* (pp. 181-208). San Diego: Academic Press.
- Clarke, S. C. (1995, March 22).** Advance report of final divorce statistics, 1989 and 1990 (*Monthly Vital Statistics Report*, 43[9, Suppl.]). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Clarke-Stewart, K. A. (1987).** Predicting child development from day care forms and features: The Chicago study. In D. A. Phillips (Ed.), *Quality in child care: What does the research tell us?* (Research Monographs of the National Association for the Education of Young Children). Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- Clarke-Stewart, K. A. (1989).** Infant day care: Malignant or malignant. *American Psychologist*, 44(2), 266-273.
- Clarkson-Smith, L., & Hartley, A. A. (1989).** Relationship between physical exercise and cognitive abilities in older adults. *Psychology and Aging*, 4(2), 183-189.
- Clausen, J. A. (1975).** The social meaning of differential physical and sexual maturation. In S. E. Dragastin & G. H. Elder, Jr. (Eds.), *Adolescence in the life cycle*. New York: Halsted.
- Clausen, J. A. (1993).** *American lives*. New York: Free Press.
- Clay, R. A. (1995, November).** Social forces foster workplace violence. *APA Monitor*, p. 37.
- Clay, R. A. (1998, July).** Many managers frown on use of flexible work options [On-line], *APA Monitor*, 29(7). Available: <http://www.apa.org/monitor/jul98/flex.html>
- Clayton, R., & Heard, D. (Eds.). (1994).** *Elvis up close: In the words of those who knew him best*. Atlanta, GA: Turner.
- Cleiren, M. P., Diekstra, R. E., Kerkhof, A. D., & van der Wal, J. (1994).** Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on "who" rather than "how." *Crisis*, 14, 22-36.
- Clément, K., Vaisse, C., Lahlou, N., Cabrol, S., Pelloux, V., Cassuto, D., Gourmelen, M., Dina, C., Chambaz, J., Lacorte, J.-M., Basdevant, A., Bougnères, P., Lebouc, Y., Froguel, P., & Guy-Grand, B. (1998).** A mutation in the human leptin receptor gene causes obesity and pituitary dysfunction. *Nature*, 392, 398-401.
- Cobrinick, P., Hood, R., & Chused, E. (1959).** Effects of maternal narcotic addiction on the newborn infant. *Pediatrics*, 24, 288-290.
- Coffey, C. E., Lucke, J. E., Saxton, J. A., Ratcliff, G., Unitas, L. J., Billig, B., & Bryan, N. (1998).** Sex differences in brain aging: A quantitative magnetic resonance imaging study. *Archives of Neurology*, 55, 169-179.
- Coffey, C. E., Saxton, J. A., Ratcliff, G., Bryan, R. N., & Lucke, J. F. (1999).** Relation of education to brain size in normal aging: Implications for the reserve hypothesis. *Neurology*, 53, 189-196.
- Cohen, L. B., & Oakes, L. M. (1993).** How infants perceive a simple causal event. *Developmental Psychology*, 29, 421-433.
- Cohen, S. (1996).** Psychological stress, immunity, and upper respiratory infections. *Current Directions in Psychological Science*, 5, 86-90.
- Cohen, S., Tyrell, D. A. J., & Smith, A. P. (1991).** Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, 325, 606-612.
- Cohen, S., Tyrell, D. A. J., & Smith, A. P. (1993).** Life events, perceived stress, negative affect and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 131-140.
- Cohn, J. E., & Tronick, E. Z. (1983).** Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Development*, 54, 185-193.
- Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1998).** Aggression and antisocial behavior. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 780-862). New York: Wiley.
- Coke, M. M. (1992).** Correlates of life satisfaction among elderly African-Americans. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47(5), P316-320.
- Colby, A., & Damon, W. (1992).** *Some do care: Contemporary lives of moral commitment*. New York: Free Press.
- Colby, A., Kohlberg, L., Gibbs, J., & Lieberman, M. (1983).** A longitudinal study of moral development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 48(1-2, Serial No. 200).
- Colditz, G. A., Hankinson, S. E., Hunter, D. J., Willett, W. C., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Hennekens, C., Rosner, B., & Speizer, F. E. (1995).** The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *New England Journal of Medicine*, 332, 1638-1639.
- Cole, T. B. (1999).** Ebbing epidemic: Youth homicide rate at a 14-year low. *Journal of the American Medical Association*, 281, 25-26.
- Cole, P. M., Barrett, K. C., & Zalm-Waxler, C. (1992).** Emotion displays in two-year-olds during mishaps. *Child Development*, 63, 314-324.
- Cole, M., & Cole, S. R. (1989).** *The development of children*. New York: Freeman.
- Coleman, J. (1980).** Friendship and the peer group in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent development*. New York: Wiley.
- Coleman, J. S. (1988).** Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94(Suppl. 95), S95-S120.

- Coley, R. L. (1998). Children's socialization experiences and **functioning** in single-mother households: The importance of fathers and other men. *Child Development*, 69, 219-230.
- Collier, V. P. (1995). Acquiring a second language for school. *Directions in Language and Education*, 1(4), 1-11.
- Collins, J. G., & LeClere, E. B. (1997). *Health and selected socioeconomic characteristics of the family: United States, 1988-90* (DHHS No. PHS 97-1523). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Collins, N. L., & Miller, L. C. (1994). Self-disclosure and liking: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 116, 457-475.
- Collins, R. C., & Deloria, D. (1983). Head Start research: A new chapter. *Children Today*, 12(4), 15-19.
- Collins, W. A. (1990). Parent-child relationships in transition to adolescence: Continuity and change in interaction, affect, and cognition. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence: A transitional period?* Newbury Park, CA: Sage.
- Colombo, J. (1993). *Infant cognition: Predicting later intellectual functioning*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Colombo, J., & Janowsky, J. S. (1998). A cognitive neuroscience approach to individual differences in infant cognition. In J. E. Richards (Ed.), *Cognitive neuroscience of attention* (pp. 363-391). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Coltrane, S., & Adams, M. (1997). Work-family imagery and gender stereotypes: Television and the reproduction of difference. *Journal of Vocational Behavior*, 50, 323-347.
- Commonwealth Fund Commission on Elderly People Living Alone. (1986). *Problems facing elderly Americans living alone*. New York: Harris & Associates.
- Commonwealth Fund Commission on Elderly People Living Alone. (1992). *Study of elderly people in five countries—U.S., Canada, Germany, Britain, and Japan: Key findings*. New York: Harris & Associates.
- Comuzzie, A. G., & Allison, D. B. (1998). The search for human obesity genes. *Science*, 280, 1374-1377.
- Conel, J. L. (1959). *The postnatal development of the human cerebral cortex*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Conference Board. (1999, June 25). *Workplace education programs are benefiting U.S. corporations and workers* [On-line, Press release]. Available: <http://www.newswise.com/articles/1999/6/WEP.TCB.html>
- Conger, J. J. (1988). Hostages to fortune: Youth, values, and the public interest. *American Psychologist*, 43(4), 291-300.
- Conger, R. C., Ge, X., Elder, G. H., Lorertz, F. O., & Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family processes, and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65, 541-561.
- Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H., Jr., Lorertz, F. O., Simons, R. L., & Whitbeck, L. B. (1993). Family economic stress and adjustment of early adolescent girls. *Developmental Psychology*, 29, 206-219.
- Conger, R. D., & Elder, G. H., Jr. (1994). *Families in troubled times: Adapting to change in rural America*. New York: Aldine de Gruyter.
- Conger, R. D., Rueter, M. A., & Elder, G. H., Jr. (1999). Couple resilience to economic pressure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 54-71.
- Connidis, I. A. (1992). Life transitions and the adult sibling tie: A qualitative study. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 972-982.
- Connidis, I. A., & Davies, L. (1992). Confidants and companions: Choices in later life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47(30), SI 15-122.
- Cook, E. H., Courchesne, R., Lord, C., Cox, N. J., Yan, S., Lincoln, A., Haas, R., Courchesne, E., & Leventhal, B. L. (1997). Evidence of linkage between the serotonin transporter and autistic disorder. *Molecular Psychiatry*, 2, 247-250.
- Cooksey, E., & Craig, P. (1998). First children crowded out when divorced fathers have new kids. *Demography*, 35, 187-200.
- Coon, H., Fulker D. W., DeFries, J. C. & Plomin, R. (1998). Home environment and cognitive ability of 7-year-old children in the Colorado Adoption Project: Genetic and environmental etiologies. *Developmental Psychology*, 26, 459-468.
- Coons, S., & Guilleminault, C. (1982). Development of sleep-wake patterns and non-rapid eye movement sleep stages during the first six months of life in normal infants. *Pediatrics*, 69, 793-798.
- Cooper, H., Lindsay, J. J., Nye, B., & Greathouse, S. (1998). Relationships among attitudes about homework, amount of homework assigned and completed, and student achievement. *Journal of Educational Psychology*, 90, 70-83.
- Cooper, K. L., & Gutmann, D. L. (1987). Gender identity and ego mastery style in middle-aged, pre- and post-empty nest women. *The Gerontologist*, 27(3), 347-352.
- Cooper, R. P., & Aslin, R. N. (1990). Preference for infant-directed speech in the first month after birth. *Child Development*, 61, 1584-1595.
- Cooper, R. S., Rotimi, C. N., & Ward, R. (1999, February). The puzzle of hypertension in African-Americans. *Scientific American*, pp. 56-63.
- Coplan, R. J., & Rubin, K. H. (1998). Social play. In D. P. Fromberg & D. Bergen (Eds.). *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (pp. 368-377). New York: Garland.
- Corbet, A., Long, W., Schumacher, R., Gerdes, J., Cotton, R., & the American Exosurf Neonatal Study Group 1. (1995). Double-blind developmental evaluation at 1-year corrected age of 597 premature infants with birth weights from 500 to 1350 grams enrolled in three placebo-controlled trials of prophylactic synthetic surfactant. *Journal of Pediatrics*, 126, S5-S12.
- Corbin, C. (1973). *A textbook of motor development*. Dubuque, IA: Brown.
- Corder, E. H., Saunders, A. M., Strittmatter, W. J., Schmechel, D. E., Gaskell, P. C., Small, G. M., Roses, A. D., Haines, J. L., & Pericak-Vance, M. A. (1993). Gene dose of apolipoprotein E type 4 allele and the risk of Alzheimer's disease in late onset families. *Science*, 261, 921-923.
- Corliss, J. (1996, October 29). Alzheimer's in the news. *HealthNews*, pp. 1-2.
- Cornelius, S. W., & Caspi, A. (1987). Everyday problem solving in adulthood and old age. *Psychology and Aging*, 2, 144-153.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1996). Mood and personality in adulthood. In C. Magai & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 369-383). San Diego: Academic Press.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1980). Still stable after all these years: Personality as a key to some issues in adulthood and old age. In P. B. Baltes, Jr., & O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 3, pp. 65-102). New York: Academic Press.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 853-863.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1994a). Set like plaster? Evidence for the stability of adult personality. In T. F. Heatherton & J. L. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 21-41). Washington, DC: American Psychological Association.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1994b). Stability and change in personality from adolescence through adulthood. In C. F. Halverson, G. A. Kohnstamm, & R. P. Martin (Eds.), *The developing structure Of temperament and personality from infancy to adulthood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1995). Solid ground in the wetlands of personality: A reply to Block. *Psychological Bulletin*, 71/7, 216-220.
- Costa, P. T., Jr., McCrae, R. R., Zonderman, A. B., Barbano, H. E., Lebowitz, B., & Larson, D. M. (1986). Cross-sectional studies of personality in a national sample: 2. Stability in neuroticism, extraversion, and openness. *Psychology and Aging*, 1, 144-149.
- Costello, S. (1990, December). Yanis monkeys: Lessons in form and freedom. *SchoolArts*, pp. 10-11.
- Coster, W. J., Gersten, M. S., Beehly, M., & Cicchetti, D. (1989). Communicative functioning in maltreated toddlers. *Developmental Psychology*, 25, 1020-1029.
- Cote, S., & Moskowitz, D. S. (1998). On the dynamic covariation between interpersonal behavior and affect: Prediction from neuroticism, extraversion, and agreeableness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1032-1046.
- Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (1995). Female genital mutilation. *Journal of the American Medical Association*, 274(21), 1714-1716.
- Couzin, J. (1998). Low-calorie diets may slow monkeys' aging. *Science*, 282, 1018.
- Cowan, N., Nugent, L. D., Elliott, E. M., Ponomarev, I., & Sauls, J. S. (1999). The role of attention in the development of short-term memory: Age differences in the verbal span of apprehension. *Child Development*, 70, 1082-1097.
- Cox, J., Daniel, N., & Boston, B. O. (1985). *Educating able learners: Programs and promising practices*. Austin: University of Texas Press.
- Cox, M. J., Owen, M. T., Henderson, V. K., & Margand, N. A. (1992). Prediction of infant-father and infant-mother attachment. *Developmental Psychology*, 28, 474-483.
- Coyle, T. R., & Bjorklund, D. F. (1997). Age differences in, and consequences of, multiple- and variable-strategy use on a multitrial sort-recall task. *Developmental Psychology*, 33, 372-380.
- Craft, M. J., Montgomery, L. A., & Peters, J. (1992, October). *Comparative study of responses in preschool children to the birth of an ill sibling*. Nursing seminar series presentation, University of Iowa College of Nursing, Iowa City, IA.
- Craik, F. I. M., & Byrd, M. (1982). Aging and cognitive deficits: The role of attentional resources. In F. I. M. Craik & S. Treub (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 191-221). New York: Plenum.
- Craik, F. I. M., & Jennings, J. M. (1992). Human memory. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *Handbook of aging and cognition* (pp. 51-110). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crain-Thoreson, C., & Dale, P. S. (1992). Do early talkers become early readers? Linguistic precocity, preschool language, and emergent literacy. *Developmental Psychology*, 28, 421-429.
- Cramer, D. (1986). Gay parents and their children: A review of research and practical implications. *Journal of Counseling and Development*, 64, 504-507.
- Crane, D. R., Soderquist, J. N., & Gardner, M. D. (1995). Gender differences in cognitive and behavioral steps toward divorce. *American Journal of Family Therapy*, 23(2), 99-105.
- Cratty, B. J. (1986). *Perceptual and motor development in infants and children* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Crick, N. R., Bigbee, M. A., & Howes, C. (1996). Gender differences in children's normative beliefs about aggression: How do I hurt thee? Let me count the ways. *Child Development*, 67, 1003-1014.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993-1002.
- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66, 710-722.
- Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behavior Checklist syndrome constructs. *American Journal of Psychiatry*, 156, 569-574.
- Crimmins, E. M., Reynolds, S. L., & Saito, Y. (1999). Trends in health and ability to work among the older working-age population. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, S31-S40.
- Crittenden, P. M. (1993). Comparison of two systems for assessing quality of attachment in the preschool years. In P. M. Crittenden (Chair), *Quality of attachment in the preschool years. Symposium conducted at the Ninth Biennial Meeting of the International Conference on Infant Studies*, Paris.
- Crockenberg, S., & Lourie, A. (1996). Parents' conflict strategies with children and children's conflict strategies with peers. *Merrill-Palmer Quarterly*, 42, 495-518.
- Cromwell, J., Bartosch, W. J., Fiore, M. C., Hasselblad, V., & Baker, T. (1997). Cost-effectiveness of the clinical practice recommendations in the AHCPR guidelines for smoking cessation. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1759-1766.
- Crouter, A., & Larson, R. (Eds.). (1998). *Temporal rhythms in adolescence: Clocks, calendars, and the coordination of daily life* (New Directions in Child and Adolescent Development, No. 82). San Francisco: Jossey-Bass.
- Crouter, A. C., Helms-Erikson, H., Updegraff, K., & McHale, S. M. (in press). Conditions underlying parents' knowledge about children's daily lives in middle childhood: Between- and within-family comparisons. *Child Development*.
- Crouter, A. C., MacDermid, S. M., McHale, S. M., & Perry-Jenkins, M. (1990). Parental monitoring and perception of children's school performance and conduct in dual- and single-earner families. *Developmental Psychology*, 26, 649-657.
- Crouter, A. C., & Maguire, M. C. (1998). Seasonal and weekly rhythms: Windows into variability in family socialization experiences in early adolescence. In A. C. Crouter & R. Larson (Eds.), *Temporal rhythms in adolescence: Clocks, calendars, and the coordination of daily life* (New Directions for Child and Adolescent Development, No. 82). San Francisco: Jossey-Bass.
- Crouter, A. C., & McHale, S. M. (1993). Temporal rhythms in family life: Seasonal variation and the relation between parental work and family processes. *Developmental Psychology*, 29, 198-205.
- Crow, J. F. (1993). How much do we know about spontaneous human mutation rates? *Environmental and Molecular Mutagenesis*, 27, 122-129.
- Crow, J. F. (1995). Spontaneous mutation as a risk factor. *Experimental and Clinical Immunogenetics*, 72(3), 121-128.
- Crowley, S. L. (1993, October). Grandparents to the rescue. *AARP Bulletin*, pp. 1, 16-17.
- Crowley, S. L. (1994, May). Much ado about menopause: Plenty of information but precious few answers. *AARP Bulletin*, pp. 2, 7.
- Crown, W. H. (1993). Projecting the costs of aging populations. *Generations*, 77(4), 32-36.
- Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 110 S. Ct. 2841 (1990).
- Cullum, C. M., & Rosenberg, R. N. (1998). Memory loss-when is it Alzheimer Disease? *Journal of the American Medical Association*, 279, 1689-1690.
- Culnane, M., Fowler, M. G., Lee, S. S., McSherry, G., Brady, M., O'Donnell, K., Mofenson, L., Gortmaker, S. L., Shapiro, D. E., Scott, G., Jimenez, E., Moore, E. C., Diaz, C., Flynn, P. M., Cunningham, B., & Oleske, J., for the Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 219/076

- Teams. (1999).** Lack of long-term effects of in utero exposure to zidovudine among uninfected children born to HIV-infected women. *Journal of the American Medical Association*, 281, 151-157.
- Cumming, E., & Henry, W. (1961).** Growing old. New York: Basic Books.
- Cummings, E. M. (1994).** Marital conflict and children's functioning. *Social Development*, 3, 16-36.
- Cummings, E. M., Iannotti, R. J., & Zahn-Waxler, C. (1989).** Aggression between peers in early childhood: Individual continuity and developmental change. *Child Development*, 60, 887-895.
- Cummings, P., Grossman, D. C., Rivara, D. C., & Koepsell, T. D. (1997).** State gun safe storage laws and child mortality due to firearms. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1084-1086.
- Cunningham, A. S., Jelliffe, D. B., & Jelliffe, E. F. P. (1991).** Breastfeeding and health in the 1980s: A global epidemiological review. *Journal of Pediatrics*, 118, 659-666.
- Cunningham, F. G., & Leveno, K. J. (1995).** Childbearing among older women—The message is cautiously optimistic. *New England Journal of Medicine*, 333, 1002-1004.
- Curtin, S. C., & Park, M. M. (1999).** Trends in the attendant, place, and timing of births, and in the use of obstetric interventions: United States, 1989-97 (*National Vital Statistics Reports*, 47[21]). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Curtiss, S. (1977).** *Genie*. New York: Academic Press.
- Cutler, N. E., & Devlin, S. J. (1996).** A framework for understanding financial responsibility among generations. *Generations*, 20(1), 24-28.
- Cutler, S. J. (1998, December).** Senator/ astronaut John Glenn shows what older persons can do. *Gerontology News*, p. 1.
- Cutrona, C., Russell, D., & Rose, J. (1986).** Social support and adaptation to stress by the elderly. *Psychology and Aging*, 7(1), 47-54.
- Cutz, E., Perrin, D. G., Hackman, R., & Czegledy-Nagy, E. N. (1996).** Maternal smoking and pulmonary neuroendocrine cells in sudden infant death syndrome. *Pediatrics*, 88, 668-672.
- Cvetanovski, J., & Jex, S. (1994).** Locus of control of unemployed people and its relationship to psychological and physical well-being. *Work and Stress*, 8(1), 60-67.
- Cytrynbaum, S., Bluum, L., Patrick, R., Stein, J., Wadner, D., & Wilk, C. (1980).** Midlife development: A personality and social systems perspective. In L. Poon (Ed.), *Aging in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Czaja, A. J., & Sharit, J. (1998).** Ability performance relationships as a function of age and task experience for a data entry task. *Journal of Experimental Psychology-Applied*, 4, 332-351.
- Czeisler, C. A., Duffy, J. F., Shanahan, T. L., Brown, E. N., Mitchell, J. F., Rimmer, D. W., Ronda, J. M., Silva, E. J., Allan, J. S., Emens, J. S., Dijk, D., & Kronauer, R. E. (1999).** Stability, precision, and near 24-hour period of the human circadian pacemaker. *Science*, 284, 2177-2181.
- D'Alton, M. E., & DeCherney, A. H. (1993).** Prenatal diagnosis. *New England Journal of Medicine*, 32(2), 114-120.
- Daily, C. M., Certo, S. T., & Dalton, D. R. (1999).** A decade of corporate women: Some progress in the boardroom, none in the executive suite. *Strategic Management Journal*, 20, 93-99.
- Dainoff, M. (1989).** Death and other losses. *Humanistic Judaism*, 17(3), 63-67.
- Daiute, C., Hartup, W. W., Sholl, W., & Zajac, R. (1993, March).** *Peer collaboration and written language development: A study of friends and acquaintances*. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, New Orleans, LA.
- Dale, P. S., Crain-Thomas, C., Notari-Syverson, A., & Cole, K. (1996).** Parent-child book reading as an intervention technique for young children with language delays. *Topics in Early Childhood Special Education*, 16, 213-235.
- Daly, L. E., Kirke, P. N., Molloy, A., Weir, D. G., & Scott, J. M. (1995).** Folate levels and neural tube defects: Implications for prevention. *Journal of the American Medical Association*, 274, 1698-1702.
- Dan, A. J., & Bernhard, L. A. (1989).** Menopause and other health issues for midlife women. In S. Hunter & M. Sundel (Eds.), *Midlife myths*. Newbury Park, CA: Sage.
- Daniel, M. H. (1997).** Intelligence testing: Status and trends. *American Psychologist*, 52, 1038-1045.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993).** Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Darlington, R. B. (1991).** The long-term effects of model preschool programs. In L. Okagaki & R. J. Sternberg (Eds.), *Directors of development: Influences on the development of children's thinking*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dasen, P. R. (1994).** Culture and cognitive development from a Piagetian perspective. In W. J. Lonner & R. Malpass (Eds.), *Psychology and culture*. Boston: Allyn & Bacon.
- David, R. J., & Collins, J. W., Jr. (1997).** Differing birth weight among infants of U.S.-born blacks, African-born blacks, and U.S.-born whites. *New England Journal of Medicine*, 337, 1209-1214.
- Davidson, J., & Smith, R. (1990).** Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 459-475.
- Davidson, J. I. F. (1998).** Language and play: Natural partners. In D. P. Fromberg & D. Bergen (Eds.), *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (pp. 175-183). New York: Garland.
- Davidson, M. H., Hauptman, J., DiGirolamo, M., Foreyt, J. R., Halsted, C. H., Hever, D., Heimburger, D. C., Lucas, C. P., Robbins, D. C., Chung, J., & Heymsfield, S. B. (1999).** Weight control and risk factor reduction in obese subjects treated for 2 years with orlistat. *Journal of the American Medical Association*, 281, 235-242.
- Davidson, N. E. (1995).** Hormone-replacement therapy—Breast versus heart versus bone. *New England Journal of Medicine*, 332, 1638-1639.
- Davidson, R. J., & Fox, N. A. (1989).** Frontal brain asymmetry predicts infants' response to maternal separation. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(2), 58-64.
- Davies, M., Stankov, L., Roberts, R. D. (1998).** Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1998).** Exploring children's emotional security as a mediator of the link between marital relations and child adjustment. *Child Development*, 69, 124-139.
- Davis, B. E., Moon, R. Y., Sachs, H. C., & Ottolini, M. C. (1998).** Effects of sleep position on infant motor development. *Pediatrics*, 102, 1135-1140.
- Davis, D. L., Gottlieb, M. B., & Stampnitzky, J. R. (1998).** Reduced ratio of male to female births in several industrial countries. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1018-1023.
- Davis, K. E. (1985, February).** Near and dear: Friendship and love compared. *Psychology Today*, pp. 22-30.
- Davis, M., & Emory, E. (1995).** Sex differences in neonatal stress reactivity. *Child Development*, 66, 14-27.
- Dawson, D. A. (1991).** Family structure and children's health and well-being: Data from the 1988 National Health Interview Survey on child health. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 573-584.
- Dawson, G., Frey, K., Panagiotides, H., Osterling, J., & Hessler, D. (1997).** Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal brain activity: A replication and extension of previous findings. *Journal of Child Psychology & Allied Disciplines*, 38, 179-186.

- Dawson, G., Frey, K., Panagiotides, H., Yamada, E., Hessel, I., and Osterling, J. (1999). Infants of depressed mothers exhibit atypical frontal electrical brain activity during interactions with mother and with a familiar nondepressed adult. *Child Development*, 70, 1058-1066.
- Dawson, G., Klinger, L. G., Panagiotides, H., Hill, D., & Spieker, S. (1992). Frontal lobe activity and affective behavior of infants of mothers with depressive symptoms. *Child Development*, 63, 725-737.
- Dawson-Hughes, B., Harris, S. S., Krall, E. A., & Dallal, G. E. (1997). Effect of calcium and vitamin D supplementation on bone density in men and women 65 years of age and older. *New England Journal of Medicine*, 337, 670-676.
- Day, J. C., & Curry, A. E. (1998). *Educational attainment in the United States: March 1998* (Current Population Reports P20-513). Washington, DC: U.S. Bureau of the Census.
- de Bono, E. (1973). *Lateral thinking-Creativity step by step*. New York: Harper & Row.
- DeCasper, A. J., & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices. *Science*, 208, 1174-1176.
- DeCasper, A. J., Lecanuet, J. P., Busnel, M. C., Granier-Deferre, C., & Maugeais, R. (1994). Fetal reactions to recurrent maternal speech. *Infant Behavior and Development*, 17, 159-164.
- DeCasper, A. J., & Spence, M. J. (1986). Prenatal maternal speech influences newborns' perceptions of speech sounds. *Infant Behavior and Development*, 9, 133-150.
- DeHaan, L. G., & MacDermid, S. M. (1994). Is women's identity achievement associated with the expression of generativity? Examining identity and generativity in multiple roles. *Journal of Adult Development*, 1, 235-247.
- Dekovic, M., & Janssens, J. M. A. M. (1992). Parents' child-rearing style and child's sociometric status. *Developmental Psychology*, 28, 925-932.
- de Lafuente, D. (1994, September 11). Fertility clinics: Trying to cut the cost of high-tech baby making. *Chicago Sun-Times*, p. 4C.
- de Lange, T. (1998). Telomeres and senescence: Ending the debate. *Science*, 279, 334-335.
- Delany, E., Delany, S., & Hearsh, A. H. (1993). *The Delany sisters' first 100 years*. New York: Kodansha America.
- DeLoache, J. S., Miller, K. F., & Rosengren, K. S. (1997). The credible shrinking room: Very young children's performance with symbolic and nonsymbolic relations. *Psychological Science*, 8, 308-313.
- DeLoache, J. S., Miller, K. E., & Pierroutsakos, S. L. (1998). Reasoning and problem solving. In D. Kuhn & R. S. Siegler (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language* (5th ed., pp. 801-850). New York: Wiley.
- DeLoache, J. S., Pierroutsakos, S. L., Uttal, D. H., Rosengren, K. S., & Gottlieb, A. (1998). Grasping the nature of pictures. *Psychological Science*, 9, 205-210.
- DeMaris, A., & Swinford, S. (1996). Female victims of spousal violence. *Family Relations*, 45, 98-106.
- Demo, D. H. (1991). A sociological perspective on parent-adolescent disagreements. In R. L. Paikoff (Ed.), *Shared views in the family during adolescence* (New Directions for Child Development, No. 51, pp. 111-118). San Francisco: Jossey-Bass.
- Demo, D. H. (1992). Parent-child relations: Assessing recent changes. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 104-117.
- Denney, N. W., & Palmer, A. M. (1981). Adult age differences on traditional and practical problem-solving measures. *Journal of Gerontology*, 36(3), 323-328.
- Denney, N. W., & Pearce, K. A. (1989). A developmental study of practical problem solving in adults. *Psychology and Aging*, 4(4), 438-442.
- Denny, F. W., & Clyde, W. A. (1983). Acute respiratory tract infections: An overview [Monograph]. *Pediatric Research*, 17, 1026-1029.
- Denton, K., & Zarbatany, L. (1996). Age differences in support in conversations between friends. *Child Development*, 67, 1360-1373.
- Desmond, E. W. (1996, April 22). Rarely has a country fallen so far so fast as Japan has, in the past five years. What went wrong? *Time*, pp. 60-64.
- Deutsch, H. (1945). *The psychology of women: A psychoanalytic interpretation*. New York: Grune and Stratton.
- Devin, B., Daniels, M., & Roeder, K. (1997). The heritability of IQ. *Nature*, 388, 468-471.
- de Vries, B. (1996). The understanding of friendship: An adult life course perspective. In C. Magai & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 249-269). San Diego: Academic Press.
- De Vries, R. (1998). Games with rules. In D. P. Fromberg & D. Bergen (Eds.), *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (pp. 409-415). New York: Garland.
- Dewey, K. G., Heinig, M. J., & Nommsen-Rivers, L. A. (1995). Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *Journal of Pediatrics*, 126, 696-702.
- De Wolff, M. S., & van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571-591.
- Deykin, E. Y., Alpert, J. J., & McNamara, J. J. (1985). A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1299-1303.
- Diamond, A. (1991). Neuropsychological insights into the meaning of object concept development. In S. Carey & R. Gelman (Eds.), *Epigenesis of mind* (pp. 67-110). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Diamond, A., Crutten, L., & Neiderman, D. (1994). AB with multiple wells: 1. Why are multiple wells sometimes easier than two wells? 2. Memory or memory + inhibition? *Developmental Psychology*, 30, 192-205.
- Diamond, M., & Sigmundson, H. K. (1997). Sex reassignment at birth: Longterm review and clinical implications. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 298-304.
- Diamond, M. C. (1988). *Enriching heredity*. New York: Free Press.
- Diaz, R. M. (1983). Thought and two languages: The impact of bilingualism on cognitive development. *Review of Research in Education*, 10, 23-54.
- Diehl, M., Coyle, N., & Labouvie-Vief, C. (1996). Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychology and Aging*, 11(1), 127-139.
- Diehl, M., Willis, S. L., & Schaie, K. W. (1994). *Practical problem solving in older adults: Observational assessment and cognitive correlates*. Unpublished manuscript, Wayne State University, Detroit.
- Dien, D. S. F. (1982). A Chinese perspective on Kohlberg's theory of moral development. *Developmental Review*, 2, 331-341.
- DiFranza, J. R., & Lew, R. A. (1995, April). Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *Journal of Family Practice*, 40, 385-394.
- DiGiulio, J. F. (1992). Early widowhood: An atypical transition. *Journal of Mental Health Counseling*, 14, 97-109.
- DiLalla, L. E., Kagan, J., & Reznick, J. S. (1994). Genetic etiology of behavioral inhibition among 2-year-old children. *Infant Behavior and Development*, 17, 405-412.
- Dimant, R. J., & Bearison, D. J. (1991). Development of formal reasoning during successive peer interactions. *Developmental Psychology*, 27, 277-284.

- DiPietro, J. A., Hodgson, D. M., Costigan, K. A., Hilton, S. C., & Johnson, T. R. B. (1996). Fetal neurobehavioral development. *Child Development*, 67, 2553-2567.
- DiPietro, J. A., Hodgson, D. M., Costigan, K. A., & Johnson, T. R. B. (1996). Fetal antecedents of infant temperament. *Child Development*, 67, 2568-2583.
- Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When intervention harms. *American Psychologist*, 54, 755-764.
- Dishion, T. J., Patterson, G. R., Stoolmiller, M., & Skinner, M. L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology*, 27, 172-180.
- Dixon, R. A., & Baltes, P. B. (1986). Toward life-span research on the functions and pragmatics of intelligence. In R. J. Sternberg & R. K. Wagner (Eds.), *Practical intelligence: Nature and origins of competence in the everyday world* (pp. 203-235). New York: Cambridge University Press.
- Dixon, R. A., Hultsch, D. F., & Herzog, C. (1988). The metamemory in adulthood (MIA) questionnaire. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 671-688.
- Dlugosz, L., Belanger, K., Helienbrand, K., Holfard, T. R., Leaderer, B., & Bracken, M. B. (1996). Maternal caffeine consumption and spontaneous abortion: A prospective cohort study. *Epidemiology*, 7, 250-255.
- Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
- Dodge, K. A., Coie, J. D., Pettit, G. S., & Price, J. M. (1990). Peer status and aggression in boys' groups: Developmental and contextual analysis. *Child Development*, 61, 1289-1309.
- Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development*, 65, 649-665.
- Doherty, W. J., & Allen, W. (1994). Family functioning and parental smoking as predictors of adolescent cigarette use: A six-year prospective study. *Journal of Family Psychology*, 8(3), 347-353.
- Doka, K. J., & Mertz, M. E. (1988). The meaning and significance of greatgrandparenthood. *The Gerontologist*, 28(2), 192-197.
- Dolan, M. A., & Hoffman, C. D. (1998). Determinants of divorce among women: A reexamination of critical influences. *Journal of Divorce & Remarriage*, 28, 97-106.
- Dornbusch, S. M., Ritter, P. L., Leiderman, P. H., Roberts, D. E., & Fraleigh, M. J. (1987). The relation of parenting style to adolescent school performance. *Child Development*, 58, 1244-1257.
- Dorris, M. (1989). *The broken cord*. New York: Harper & Row.
- Dougherty, D. M. (1993). Adolescent health. *American Psychologist*, 48(1), 193-201.
- Dougherty, T. M., & Haith, M. M. (1997). Infant expectations and reaction time as predictors of childhood speed of processing and IQ. *Developmental Psychology*, 33, 146-155.
- Dreher, M. C., Nugent, K., & Hudgins, R. (1994). Prenatal marijuana exposure and neonatal outcomes in Jamaica: An ethnographic study. *Pediatrics*, 93, 254-260.
- Dreyfus, H. L. (1993-1994, Winter). What computers still can't do. *Key Reporter*, pp. 4-9.
- Drumm, P., & Jackson, D. W. (1996). Developmental changes in questioning strategies during adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 11, 285-305.
- Duncan, G. J., & Brooks-Gunn, J. (1997). Income effects across the life span: Integration and interpretation. In G. J. Duncan & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Consequences of growing up poor* (pp. 596-610). New York: Russell Sage Foundation.
- Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. K. (1994). Economic deprivation and early childhood development. *Child Development*, 65, 296-318.
- Duncan, H. H., Travis, S. S., & McAuley, W. J. (1995). An emergent theoretical model for interventions encouraging physical activity (mall walking) among older adults. *The Journal of Applied Gerontology*, 14, 64-77.
- Dundy, E. (1985). *Elvis and Gladys*. New York: Dell.
- Dunham, P. J., Dunham, F., & Curwin, A. (1993). Joint-attentional states and lexical acquisition at 18 months. *Developmental Psychology*, 29, 827-831.
- Dunlosky, J., & Hertzog, C. (1998). Aging and deficits in associative memory: What is the role of strategy production? *Psychology and Aging*, 13, 597-607.
- Dunn, A. L., Marcus, B. H., Kampert, J. B., Garcia, M. E., Kohl, H. W., III, & Blair, S. N. (1999). Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 281, 327-334.
- Dunn, J. (1985). *Sisters and brothers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dunn, J. (1991). Young children's understanding of other people: Evidence from observations within the family. In D. Frye & C. Moore (Eds.), *Children's theories of mind: Mental states and social understanding*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dunn, J. (1996). Sibling relationships and perceived self-competence: Patterns of stability between childhood and early adolescence. In A. J. Sameroff & M. M. Haith (Eds.), *The five to seven year shift: The age of reason and responsibility* (pp. 253-269). Chicago: University of Chicago Press.
- Dunn, J., Brown, J., Slomkowski, C., Tesla, C., & Youngblade, L. (1991). Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and antecedents. *Child Development*, 62, 1352-1366.
- Dunn, J., & Kendrick, C. (1982). *Siblings: Love, envy and understanding*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dunn, J., & Munn, P. (1985). Becoming a family member: Family conflict and the development of social understanding in the second year. *Child Development*, 56, 480-492.
- Dunne, R. G., Asher, K. N., & Rivara, F. P. (1992). Behavior and parental expectations of child pedestrians. *Pediatrics*, 89, 486-490.
- DuPont, R. L. (1983). Phobias in children. *Journal of Pediatrics*, 102, 999-1002.
- Durand, A. M. (1992). The safety of home birth: The Farm study. *American journal of Public Health*, 82, 450-452.
- DuRant, R. H., Rich, M., Emans, S. J., Rome, E. S., Allred, E., & Woods, E. R. (1997). Violence and weapon carrying in music videos: A content analysis. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 443-448.
- DuRant, R. H., Smith, J. A., Kreiter, S. R., & Krowchuk, D. P. (1999). The relationship between early age of onset of initial substance use and engaging in multiple health risk behaviors among young adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 286-291.
- Durkin, D. (1966). *Children who read early*. New York: Teacher's College Press.
- Durlak, J. A. (1973). Relationship between attitudes toward life and death among elderly women. *Developmental Psychology*, 8(1), 146.
- Dustman, R. E., Emmerson, R. Y., Steinhaus, L. A., Shearer, D. E., & Dustman, T. J. (1992). The effects of videogame playing on neuropsychological performance of elderly individuals. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47(3), P168-171.
- Dwyer, T., Ponsonby, A. B., Newman, N. M., & Gibbons, L. E. (1991). Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. *The Lancet*, 337, 1244-1247.
- Dwyer, T., Ponsonby, A. L., Blizzard, L., Newman, N. M., & Cochrane, J. A. (1995). The contribution of changes in the prevalence of prone sleeping position to the

- decline in sudden infant death syndrome in Tasmania. *Journal of the American Medical Association*, 273, 783-789.
- Dychtwald, K., & Flower, J. (1990).** *Age wave: How the most important trend of our time will change your future*. New York: Bantam.
- Dykstra, P. A. (1995).** Loneliness among the never and formerly married: The importance of supportive friendships and a desire for independence. *Journal of Gerontology: Social Sciences, SOB*, S321-329."
- Eastell, R. (1998).** Treatment of postmenopausal osteoporosis. *New England Journal of Medicine*, 338, 736-746.
- Easterbrooks, M. A., & Goldberg, W. A. (1984).** Toddler development in the family: Impact of father involvement and parenting characteristics. *Child Development*, 55, 740-752.
- Eastman, F. (1965).** John H. Glenn. In *The world book encyclopedia* (Vol. 8, pp. 214-214d). Chicago: Field Enterprises Educational Corporation.
- Eastman, P. (1995, December).** The most vulnerable of hearts: Older women and blacks at the greatest risk. *AARP Bulletin*, pp. 1, 13.
- Eating disorders-Part I. (1997, October).** *The Harvard Mental Health Letter*, pp. 1-5.
- Eating disorders-Part II. (1997, November).** *The Harvard Mental Health Letter*, pp. 1-5.
- Eaton, W. O., & Enns, L. R. (1986).** Sex differences in human motor activity level. *Psychological Bulletin*, 100, 19-28.
- Echelund, Y., Epstein, D. J., St-Jacques, B., Shen, L., Mohler, J., McMahon, J. A., & McMahon, A. P. (1993).** Sonic hedgehog, a member of a family of putative signal molecules, is implicated in the regulation of CNS polarity. *Cell*, 75, 1417-1430.
- Eckenrode, J., Laird, M., & Doris, J. (1993).** School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Developmental Psychology*, 29, 53-62.
- Eckerman, C. O., Davis, C. C., & Didow, S. M. (1989).** Toddlers' emerging ways of achieving social coordination with a peer. *Child Development*, 60, 440-453.
- Eckerman, C. O., & Stein, M. R. (1982).** The toddler's emerging interactive skills. In K. H. Rubin & H. S. Ross (Eds.), *Peer relationships and social skills in childhood*. New York: Springer-Verlag.
- Edlin, B. R., Irwin, K. L., Farugue, S., McCoy, C. B., Word, C., Serrano, Y., Inciardi, J. A., Bowser, B. P., Schilling, R. F., Holmberg, S. D., & Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team. (1994, November 24).** Intersecting epidemics-Crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. *New England Journal of Medicine*, 331, 1422-1427.
- Edson, L. (1968, August 18).** To hell with being discovered when you're dead. *The New York Times Magazine*, pp. 26-27, 29-31, 34-36, 41, 44-46.
- Edwards, C. P. (1981).** The comparative study of the development of moral judgment and reasoning. In R. Monroe, R. Monroe, & B. B. Whiting (Eds.), *Handbook of cross-cultural human development*. New York: Garland.
- Edwards, K. I. (1993).** Obesity, anorexia, and bulimia. *Clinical Nutrition*, 77, 899-909.
- Effective solutions for impotence. (1994, October).** *Johns Hopkins Medical Letter: Health after 50*, pp. 2-3.
- Effects of open adoption vary. (1995, May).** *The Menninger Letter*, p. 3.
- Egbuono, L., & Starfield, B. (1982).** Child health and social status. *Pediatrics*, 69, 550-557.
- Egeland, B., Jacobvitz, D., & Sroufe, L. A. (1988).** Breaking the cycle of abuse. *Child Development*, 59, 1080-1088.
- Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1981).** Attachment and early maltreatment. *Child Development*, 52, 44-52.
- Eiberg, H., Berendt, I., & Mohr, J. (1995).** Assignment of dominant inherited nocturnal enuresis (ENUR1) to chromosome 13q. *Nature Genetics*, 10, 354-356.
- Eiden, R. D., Teti, D. M., & Corns, K. M. (1995).** Maternal working models of attachment, marital adjustment, and the parent-child relationship. *Child Development*, 66, 1504-1518.
- Eiger, M. S., & Olds, S. W. (1999).** *The complete book of breastfeeding* (3rd ed). New York: Workman.
- Eimas, P. (1985).** The perception of speech in early infancy. *Scientific American*, 252(1), 46-52.
- Eimas, P., Siqueland, E., Jusczyk, P., & Vigorito, J. (1971).** Speech perception in infants. *Science*, 171, 303-306.
- Eisen, M., & Zellman, G. L. (1987).** Changes in incidence of sexual intercourse of unmarried teenagers following a community-based sex education program. *Journal of Sex Research*, 23(4), 527-544.
- Eisenberg, A. R. (1996).** The conflict talk of mothers and children: Patterns related to culture, SES, and gender of child. *Merrill-Palmer Quarterly*, 42, 438-452.
- Eisenberg, L. (1995, Spring).** Is the family obsolete? *Key Reporter*, pp. 1-5.
- Eisenberg, L. (1999).** Would cloned humans really be like sheep? *New England Journal of Medicine*, 340, 471-474.
- Eisenberg, N. (1992).** *The caring child*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1998).** Prosocial development. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 701-778). New York: Wiley.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1996).** Parents' reactions to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Development*, 67, 2227-2247.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Nyman, M., Bernzweig, J., & Pinuelas, A. (1994).** The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child Development*, 65, 109-128.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Schaller, M., & Miller, P. A. (1989).** Sympathy and personal distress: Development, gender differences, and interrelations of indexes. In N. Eisenberg (Ed.), *Empathy and related emotional responses* (New Directions for Child Development No. 44). San Francisco: Jossey-Bass.
- Eisenberg, N., Guthrie, I. K., Fabes, R. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Holgren, R., Maszk, E., & Losoya, S. (1997).** The relations of regulation and emotionality to resiliency and competent social functioning in elementary school children. *Child Development*, 68, 295-311.
- Eisner, M. D., Smith, A. K., & Blanc, P. D. (1998).** Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1909-1914.
- Elbert, S. E. (1984).** *A hunger for home: Louisa May Alcott and "Little Women"*. Philadelphia: Temple University Press.
- Elder, G. H., Jr. (1974).** *Children of the Great Depression: Social change in life experience*. Chicago: University of Chicago Press.
- Elder, G. H., Jr. (1998).** The life course and human development. In W. Damon (Series Ed.) & R. M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (5th ed., pp. 939-992). New York: Wiley.
- Elder, G. H., Jr., & Caspi, A. (1990).** Studying lives in a changing society: Sociological and personological explorations. In A. I. Rabin, R. A. Zucker, R. Emmons, & S. Franks (Eds.), *Studying persons and lives*. New York: Springer.
- Eley, J. W., Hill, H. A., Chen, V. W., Austin, D. E., Wesley, M. N., Muss, H. B., Greenberg, R. S., Coates, R. J., Correa, O., Redmond, C. K., Hunter, C. P., Herman, A. A., Kurman, R., Blacklow, R., Shapiro, S., & Edwards, B. K. (1994).** Racial differences in survival from breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 272, 199-208.
- Elia, J., Ambrosini, P. J., & Rapoport, J. L. (1999).** Treatment of Attention-Deficit-

- Hyperactivity Disorder. *New England Journal of Medicine*, 340, 780-788.
- Ellicker, J., Englund, M., & Sroufe, L. A. (1992).** Predicting peer competence and peer relationships in childhood from early parent-child relationships. In R. Parke & G. Ladd (Eds.), *Family-peer relationships: Modes of linkage* (pp. 77-106). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Elkind, D. (1981).** *The hurried child*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Elkind, D. (1984).** *Ali grown up and no place to go*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Elkind, D. (1986).** *The miseducation of children: Superkids at risk*. New York: Knopf.
- Elkind, D. (1997).** *Reinventing childhood: Raising and educating children in a changing world*. Rosemont, NJ: Modern Learning Press.
- Elkind, D. (1998).** *All grown up and no place to go*. Reading, MA: Perseus Books.
- Elliott, D. S. (1993).** Health enhancing and health compromising lifestyles. In S. G. Millstein, A. C. Petersen, & E. O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century*. New York: Oxford University Press.
- EHIS, B. J., & Garber, J. (in press).** Psychosocial antecedents of variation in girls' pubertal timing: Maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress. *Child Development*.
- Ellis, B. J., McFadyen-Ketchum, S., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1999).** Quality of early family relationships and individual differences in the timing of pubertal maturation in girls. A longitudinal test of an evolutionary model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 387-401.
- Ellis, K. J., Abrams, S. A., & Wong, W. W. (1997).** Body composition of a young, multiethnic female population. *American Journal of Clinical Nutrition*, 65, 724-731.
- Ellis, L., & Ames, M. A. (1987).** Neuro-hormonal functioning and sexual orientation: A theory of homosexuality-heterosexuality. *Psychological Bulletin*, 101(2), 233-258.
- Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998).** The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior*, 25, 700-720.
- Emde, R. N. (1992).** Individual meaning and increasing complexity: Contributions of Sigmund Freud and René Spitz to developmental psychology. *Developmental Psychology*, 28, 347-359.
- Emde, R. N., Plomin, R., Robinson, J., Corley, R., DeFries, J., Fulker, D. W., Reznick, J. S., Campos, J., Kagan, J., & Zahn-Waxler, C. (1992).** Temperament, emotion, and cognition at 14 months: The MacArthur longitudinal twin study. *Child Development*, 63, 1437-1455.
- Engels, H., Drouin, J., Zhu, W., & Kazmierski, J. F. (1998).** Effects of low-impact, moderate-intensity exercise training with and without wrist weights on functional capacities and mood states in older adults. *Gerontology*, 44, 239-244.
- Engle, R. L., & Breaux, C. (1998).** Fathers' involvement with children: Perspectives from developing countries. *Social Policy Report*, 12(1), 1-21.
- Enloe, C. F. (1980).** How alcohol affects the developing fetus. *Nutrition Today*, 15(5), 12-15.
- Entwisle, D. R., & Alexander, K. L. (1998).** Facilitating the transition to first grade: The nature of transition and research on factors affecting it. *The Elementary School Journal*, 98, 351-364.
- Entwisle, D. R., Alexander, K. L., & Olson, L. S. (1997).** *Children, schools, and inequality*. Boulder, CO: Westview.
- Eppler, M. A., Adolph, K. E., & Weiner, T. (1996).** The developmental relationship between infants' exploration and action on sloping surfaces. *Infant Behavior and Development*, 19, 259-264.
- Epstein, E., & Gutmann, R. (1984).** Mate selection in man: Evidence, theory, and outcome. *Social Biology*, 31, 243-278.
- Epstein, R. A. (1989, Spring).** Voluntary euthanasia. *Law School Record* (University of Chicago), pp. 8-13.
- Erdley, C. A., Cain, K. M., Loomis, C. C., Dumas-Hines, F., & Dweck, C. S. (1997).** Relations among children's social goals, implicit personality theories, and responses to social failure. *Developmental Psychology*, 33, 263-272.
- Erikson, E. H. (1950).** *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1968).** *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1973).** The wider identity. In K. Erikson (Ed.), *In search of common ground: Conversations with Erik H. Erikson and Huey P. Newton*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1982).** *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1985).** *The life cycle completed* (paperback reprint ed.). New York: Norton.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986).** *Vital involvement in old age: The experience of old age in our time*. New York: Norton.
- Eriksson, P. S., Perfilieva, E., Björk-Eriksson, T., Alborn, A., Nordborg, C., Peterson, D. A., & Gage, F. H. (1998).** Neurogenesis in the adult human hippocampus. *Nature Medicine*, 4, 1313-1317.
- Eron, L. D. (1980).** Prescription for reduction of aggression. *American Psychologist*, 35, 244-252.
- Eron, L. D. (1982).** Parent-child interaction, television violence, and aggression in children. *American Psychologist*, 37, 197-211.
- Eron, L. D., & Huesmann, L. R. (1986).** The role of television in the development of prosocial and antisocial behavior. In D. Olweus, J. Block, & M. Radke-Yarrow (Eds.), *The development of antisocial and prosocial behavior: Research, theories, and issues*. New York: Academic.
- Espinosa, M. P., Sigman, M. D., Neumann, C. G., Bwibo, N. O., & McDonald, M. A. (1992).** Playground behavior of school-age children in relation to nutrition, schooling, and family characteristics. *Developmental Psychology*, 28, 1188-1195.
- Essex, M. J., & Nam, S. (1987).** Marital status and loneliness among older women: The differential importance of close family and friends. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 93-106.
- Ettinger, B., Friedman, G. D., Bush, T., & Quesenberry, C. P. (1996).** Reduced mortality associated with long-term postmenopausal estrogen therapy. *Obstetrics & Gynecology*, 87, 6-12.
- European Collaborative Study. (1994).** Natural history of vertically acquired human immunodeficiency virus-1 infection. *Pediatrics*, 94, 815-819.
- Evans, G. (1976).** The older the sperm... *Ms.*, 4(1), 48-49.
- Evans, J. (1994).** *Caring for the caregiver: Body, mind and spirit*. New York: American Parkinson Disease Association.
- Evans, J. (1998, November).** "Princesses are not into war 'n things, they always scream and run off": Exploring gender stereotypes in picture books. *Reading*, pp. 5-11.
- Evans, N., Farkas, A., Gilpin, E., Berry, C., & Pierce, J. P. (1995).** Influence of tobacco marketing and exposure to smoking on adolescent susceptibility to smoking. *Journal of the National Cancer Institute*, 87, 1538-1545.
- Ewigman, B. G., Crane, J. P., Frigoletto, F. D., LeFevre, M. L., Bain, R. P., McNellis, D., & the RADIUS Study Group. (1993).** Effect of prenatal ultrasound screening on perinatal outcome. *New England Journal of Medicine*, 329, 821-827.
- Fabes, R. A., & Eisenberg, N. (1992).** Young children's coping with interpersonal anger. *Child Development*, 63, 116-128.
- Fabes, R. A., & Eisenberg, N. (1996).** *An examination of age and sex differences in prosocial behavior and empathy*. Unpublished data, Arizona State University.

- Fabes, R. A., Eisenberg, N., Smith, M. C., & Murphy, B. C. (1996).** Getting angry at peers: Associations with liking of the provocateur. *Child Development*, 67, 942-956.
- Fagot, B. I. (1997).** Attachment, parenting, and peer interactions of toddler children. *Developmental Psychology*, 33, 489-499.
- Fagot, B. I., & Hagan, R. (1991).** Observations of parent reaction to sex-stereotyped behaviors: Age and sex effects. *Child Development*, 62, 617-628.
- Fagot, B. I., & Leinbach, M. D. (1995).** Gender knowledge in egalitarian and traditional families. *Sex Roles*, 32, 513-526.
- Fagot, B. I., & Leve, L. (1998).** Gender identity and play. In D. P. Fromberg & D. Bergen (Eds.), *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (pp. 187-192). New York: Garland.
- Faison, S. (1997, August 17).** Chinese happily break the "one child" rule. *The New York Times*, pp. 1, 10.
- Falbo, T., & Polit, D. F. (1986).** Quantitative review of the only child literature: Research evidence and theory development. *Psychological Bulletin*, 100(2), 176-189.
- Falbo, T., & Poston, D. L. (1993).** The academic, personality, and physical outcomes of only children in China. *Child Development*, 64, 18-35.
- Falkner, D. (1995).** *Great time coming: The life of Jackie Robinson, from baseball to Birmingham*. New York: Simon & Schuster.
- Fantz, R. L. (1963).** Pattern vision in newborn infants. *Science*, 140, 296-297.
- Fantz, R. L. (1964).** Visual experience in infants: Decreased attention to familiar patterns relative to novel ones. *Science*, 146, 668-670.
- Fantz, R. L. (1965).** Visual perception from birth as shown by pattern selectivity. In H. E. Whipple (Ed.), *New issues in infant development*. *Annals of the New York Academy of Science*, 118, 793-814.
- Fantz, R. L., Fagen, J., & Miranda, S. B. (1975).** Early visual selectivity. In L. Cohen & P. Salapatek (Eds.), *Infant perception: From sensation to cognition: Vol. 1. Basic visual processes* (pp. 249-341). New York: Academic Press.
- Fantz, R. L., & Nevis, S. (1967).** Pattern preferences and perceptual-cognitive development in early infancy. *Merrill-Palmer Quarterly*, 13, 77-108.
- Farrell, C., Palmer, A. T., Atchison, S., & Andelman, B. (1994, September 12).** The economics of aging: Why the growing number of elderly won't bankrupt America. *Business Week*, pp. 60-68.
- Farrell, M. P., & Rosenberg, S. D. (1981).** *Men at midlife*. Boston: Auburn.
- Farrer, L. A., Cupples, L. A., Haines, J. L., Hyman, B., Kukull, W. A., Mayeux, R., Myers, R. H., Pericak-Vance, M. A., Risch, N., & van Duijn, C. M. (1997).** Effects of age, sex, and ethnicity on the association between apolipoprotein E genotype and Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1349-1356.
- Farrow, J. A., Rees, J. M., & Worthington-Roberts, B. S. (1987).** Health, developmental, and nutritional status of adolescent alcohol and marijuana abusers. *Pediatrics*, 79, 218-223.
- Farver, J. A. M., Kim, Y. K., & Lee, Y. (1995).** Cultural differences in Korean and Anglo-American preschoolers' social interaction and play behavior. *Child Development*, 66, 1088-1099.
- Fawcett, G. M., Heise, L. L., Isita-Espejel, L., & Pick, S. (1999).** Change community responses to wife abuse: A research and demonstration project in Iztacalco, Mexico. *American Psychologist*, 54, 41-49.
- Feagans, L. (1983).** A current view of learning disabilities. *Journal of Pediatrics*, 102(4), 487-493.
- Federal Bureau of Investigation. (1995, December).** *Juveniles and violence (updated)*. Washington, DC: Author.
- Federal Glass Ceiling Commission. (1995).** *Good for business: Making full use of the nation's human capital: The environmental scam*. Washington, DC: U.S. Department of Labor.
- Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics. (1999).** *America's children: Key national indicators of well-being*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Feinman, S., & Lewis, M. (1983).** Social referencing at ten months: A second-order effect on infants' responses. *Child Development*, 54, 878-887.
- Feldhusen, J. F. (1992).** *Talent Identification and development in education (TIDE)*. Sarasota, FL: Center for Creative Learning.
- Feldhusen, J. F., & Moon, S. M. (1992).** Grouping gifted students: Issues and concerns. *Gifted Child Quarterly*, 36(2), 63-67.
- Feldman, H. A., Goldstein, L., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994).** Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Feldman, R., Greenbaum, C. W., & Yirmiya, N. (1999).** Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental Psychology*, 35(5), 223-231.
- Feldman, R. D. (1985, August 6).** Libraries open the books on local adult illiteracy. *Chicago Sun-Times School Guide*, pp. 10-11.
- Feldman, R. D. (1986, April).** What are thinking skills? *Instructor*, pp. 62-71.
- Felner, R. D., Brand, S., DuBois, D. L., Adan, A. M., Mulhall, P. E., & Evans, E. G. (1995).** Socioeconomic disadvantage, proximal environmental experiences, and socioemotional and academic adjustment in early adolescence: Investigation of a mediated effect. *Child Development*, 66, 774-792.
- Felson, D. T., Zhang, V., Hannan, M., Kiel, D. P., Wilson, P. F. W., & Anderson, J. J. (1993, October 14).** The effect of postmenopausal estrogen therapy on bone density in elderly women. *New England Journal of Medicine*, 329, 1141-1146.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Shannon, E. T. (1986).** Factors related to the age of attainment of nocturnal bladder control: An 8-year longitudinal study. *Pediatrics*, 78, 884-890.
- Fernald, A. (1984).** The perceptual and affective salience of mothers' speech to infants. In L. Feagans, C. Garvey, & R. Golinkoff (Eds.), *The origins and growth of communication* (pp. 5-29). Norwood, NJ: Ablex.
- Fernald, A., & Morikawa, H. (1993).** Common themes and cultural variations in Japanese and American mothers' speech to infants. *Child Development*, 64, 637-656.
- Fernald, A., & O'Neill, D. K. (1993).** Peekaboo across cultures: How mothers and infants play with voices, faces, and expectations. In K. MacDonald (Ed.), *Parent-child play* (pp. 259-285). Albany: State University of New York Press.
- Fernald, A., Pinto, J. R., Swingle, D., Weinberg, A., & McRoberts, G. W. (1998).** Rapid gains in speed of verbal processing by infants in the 2nd year. *Psychological Science*, 9(3), 228-231.
- Fernald, A., & Simon, T. (1984).** Expanded intonation contours in mothers' speech to newborns. *Developmental Psychology*, 20, 104-113.
- Ferraro, K. E., & Su, Y. (1999).** Financial strain, social relations, and psychological distress among older people: A cross-cultural analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, S3-S15.
- Ferry, L. H., & Burchette, R. J. (1994, May 21-26).** *Evaluation of bupropion versus placebo for treatment of nicotine dependence*. Paper presented at meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, PA.
- Fetters, L., & Tronick, E. Z. (1996).** Neuromotor development of cocaine-exposed and control infants from birth through 15 months: Poor and poorer performance. *Pediatrics*, 98, 1-6.

- Fiatarone, M. A., Marks, E. C., Ryan, N. D., Meredith, C. N., Lipsitz, L. A., & Evans, W. J. (1990). High-intensity strength training in nonagenarians: Effects on skeletal muscles. *Journal of the American Medical Association*, 263, 3029-3034.
- Fiatarone, M. A., O'Neill, E. E., & Ryan, N. D. (1994). Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *New England Journal of Medicine*, 330, 1769-1775.
- Field, A. E., Cheung, L., Wolf, A. M., Herzog, D. B., Gortmaker, S. L., & Colditz, G. A. (1999). Exposure to the mass media and weight concern among girls [On-line]. *Pediatrics*, 103, e36. Available: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/3/e36>
- Field, D., & Millsap, R. E. (1991). Personality in advanced old age: Continuity or change? *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P299-308.
- Field, D., & Minkler, M. (1988). Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43(4), P100-106.
- Field, D., Minkler, M., Falk, R. E., & Leino, E. V. (1993). The influence of health on family contacts and family functioning in advanced old age: A longitudinal study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48(1), P18-28.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Field, T. (1998). Massage therapy effects. *American Psychologist*, 53, 1270-1281.
- Field, T., Fox, N. A., Pickens, J., Nawrocki, T., & Soutullo, D. (1995). Right frontal EEG activation in 3- to 6- month-old infants of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 31, 358-363.
- Field, T., Grizzle, N., Scaffidi, E., Abrams, S., Richardson, S., Kuhn, C., & Schanberg, S. (1996). Massage therapy for infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 19, 107-112.
- Field, T., Morrow, C., & Adelstein, D. (1993). Depressed mothers' perceptions of infant behavior. *Infant Behavior and Development*, 16, 99-108.
- Field, T. M. (1978). Interaction behaviors of primary versus secondary caretaker fathers. *Developmental Psychology*, 14, 183-184.
- Field, T. M. (1986). Interventions for premature infants. *Journal of Pediatrics*, 109(1), 183-190.
- Field, T. M. (1987). Interaction and attachment in normal and atypical infants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 853-859.
- Field, T. M., & Roopnarine, J. L. (1982). Infant-peer interaction. In T. M. Field, A. Huston, H. C. Quay, L. Troll, & G. Finley (Eds.), *Review of human development*. New York: Wiley.
- Field, T. M., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., & Guy, L. (1985). Pregnancy problems, postpartum depression, and early infant-mother interactions. *Developmental Psychology*, 21, 1152-1156.
- Fields, J. M., & Smith, K. E. (1998, April). *Poverty, family structure, and child well-being: Indicators from the SIPP* (Population Division Working Paper No. 23, U.S. Bureau of the Census). Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Chicago, IL.
- Fifer, W. P., & Moon, C. M. (1995). The effects of fetal experience with sound. In J. P. Lecanuet, W. P. Fifer, N. A. Krasnegor, & W. P. Smotherman (Eds.), *Fetal development: A psychobiological perspective* (pp. 351-366). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Finch, C. E., & Tanzi, R. E. (1997). Genetics of aging. *Science*, 278, 407-411.
- Finch, M. D., Shanahan, M. J., Mortimer, J. T., & Ryu, S. (1991). Work experience and control orientation in adolescence. *American Sociological Review*, 56, 597-611.
- Fine, M. A., & Kurdek, L. A. (1995). Relation between marital quality and (step) parent-child relationship quality for parents and stepparents in stepfamilies. *Journal of Family Psychology*, 9, 216-223.
- Finn, J. D., & Rock, D. A. (1997). Academic success among students at risk for dropout. *Journal of Applied Psychology*, 82, 221-234.
- Finn, R. (1993, February 8). Arthur Ashe, tennis champion, dies of AIDS. *The New York Times*, pp. B1, B43.
- Fischer, K. (1980). A theory of cognitive development: The control and construction of hierarchies of skills. *Psychological Review*, 87, 477-531.
- Fischer, K. W., & Rose, S. P. (1994). Dynamic development of coordination of components in brain and behavior: A framework for theory and research. In G. Dawson & K. W. Fischer (Eds.), *Human behavior and the developing brain* (pp. 3-66). New York: Guilford.
- Fischer, K. W., & Rose, S. P. (1995, Fall). Concurrent cycles in the dynamic development of brain and behavior. *SRCD Newsletter*, pp. 3-4, 15-16.
- Fisher, C. B. (1993). Integrating science and ethics in research with high-risk children and youth. *Social Policy Report of the Society for Research in Child Development*, 7(Whole No. 4).
- Fisher, R. L., & Fisher, S. (1996). Antidepressants for children: Is scientific support necessary? *Journal of Nervous Mental Disorders (United States)*, 184, 99-102.
- Fivush, R., Hudson, J., & Nelson, K. (1983). Children's long-term memory for a novel event: An exploratory study. *Merrill-Palmer Quarterly*, 30, 303-316.
- Fivush, R., & Schwarzmuller, A. (in press). Children remember childhood: Implications for childhood amnesia. *Applied Cognitive Psychology*.
- Flake, A. W., Roncarolo, M. G., Puck, J. M., Almeida-Porada G., Evans, M. L., Johnson, M. P., Abella, E. M., Harrison, D. D., & Zanjani, E. D. (1996). Treatment of X-linked severe combined immunodeficiency by in utero transplantation of paternal bone marrow. *New England Journal of Medicine*, 335, 1806-1810.
- Flavell, J. (1963). *The developmental psychology of Jean Piaget*. New York: Van Nostrand.
- Flavell, J. H. (1992). Cognitive development: Past, present, and future. *Developmental Psychology*, 28, 998-1005.
- Flavell, J. H. (1993). Young children's understanding of thinking and consciousness. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 40-43.
- Flavell, J. H., Beach, D., & Chinsky, J. (1966). Spontaneous verbal rehearsal in a memory task as a function of age. *Child Development*, 37, 283-299.
- Flavell, J. H., Green, F. L., & Flavell, E. R. (1986). Development of knowledge about the appearance-reality distinction. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 51 (1, Serial No. 212).
- Flavell, J. H., Green, F. L., & Flavell, E. R. (1995). Young children's knowledge about thinking. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(1, Serial No. 243).
- Flavell, J. H., Green, E. L., Flavell, E. R., & Grossman, J. B. (1997). The development of children's knowledge about inner speech. *Child Development*, 68, 39-41.
- Flavell, J. H., Miller, P. H., & Miller, S. A. (1993). *Cognitive development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Fletcher, A. C., Darling, N. E., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1995). The company they keep: Relation of adolescents' adjustment and behavior to their friends' perceptions of authoritative parenting in the social network. *Developmental Psychology*, 31, 300-310.
- Fliebler, A. (1999). Comparison of the development of formal thought in adolescent cohorts aged 10 to 15 years (1967-1996 and 1972-1993). *Developmental Psychology*, 35, 1048-1058.
- Flint, M., & Samil, R. S. (1990). Cultural and subcultural meanings of the menopause. In M. Flint, F. Kronenberg, & W. Utian (Eds.),

- Multidisciplinary perspectives on menopause* (pp. 134-148). New York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Flores, J. (1952).** *The woman with the whip: Eva Perón*. Garden City, NY: Doubleday.
- Fluoxetine-Bulimia Collaborative Study Group. (1992).** Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa: A multicenter placebo-controlled, double-blind trial. *Archives of General Psychiatry*, 49, 139-147.
- Flynn, J. R. (1984).** The mean IQ of Americans: Massive gains 1932 to 1978. *Psychological Bulletin*, 95, 29-51.
- Flynn, J. R. (1987).** Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure. *Psychological Bulletin*, 101, 171-191.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980).** An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987).** Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- Fontanel, B., & d'Harcourt, C. (1997).** *Babies, history, art, and folklore*. New York: Abrams.
- Ford, D. Y., & Harris, J. J., III. (1996).** Perceptions and attitudes of black students toward school, achievement, and other educational variables. *Child Development*, 67, 1141-1152.
- Ford, R. P., Schluter, P. J., Mitchell, E. A., Taylor, B. J., Scragg, R., & Stewart, A. W. (1998).** Heavy caffeine intake in pregnancy and sudden infant death syndrome (New Zealand Cot Death Study Group). *Archives of Disease in Childhood*, 78(1), 9-13.
- Forteza, J. A., & Prieto, J. M. (1994).** Aging and work behavior. In H. C. Triandis, M. D. Dunnette, & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 447-483). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Fowler, J. (1981).** *Stages of faith: The psychology of human development and the quest for meaning*. New York: Harper & Row.
- Fowler, J. W. (1989).** Strength for the journey: Early childhood development in selfhood and faith. In D. A. Blazer, J. W. Fowler, K. J. Swick, A. S. Honig, P. J. Boone, B. M. Caldwell, R. A. Boone, & L. W. Barber (Eds.), *Faith development in early childhood* (pp. 1-63). New York: Sheed & Ward.
- Fowler, M. G., Simpson, G. A., & Schoendorf, K. C. (1993).** Families on the move and children's health care. *Pediatrics*, 91, 934-940.
- Fox, N. A., Kimmerly, N. L., & Schafer, W. D. (1991).** Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis. *Child Development*, 62, 210-225.
- Fraga, C. G., Motchnik, P. A., Shigenaga, M. K., Helbock, H. J., Jacob, R. A., & Ames, B. N. (1991).** Ascorbic acid protects against endogenous oxidative DNA damage in human sperm. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States*, 88, 11003-11006.
- Frank, A. (1958).** *The diary of a young girl* (B. M. Mooyaart-Doubleday, Trans.). New York: Pocket.
- Frank, A. (1995).** *The diary of a young girl: The definitive edition* (O. H. Frank & M. Pressler, Eds.; S. Massotty, Trans.). New York: Doubleday.
- Frankenburg, W. K., Dodds, J., Archer, P., Bresnick, B., Maschka, R., Edelman, V., & Shapiro, H. (1992).** *Denver II training manual*. Denver: Denver Developmental [M]aterials.
- Frankenburg, W. K., Dodds, J. B., Fandal, A. W., Kazuk, E., & Cohrs, M. (1975).** *The Denver Developmental Screening Test: Reference manual*. Denver: University of Colorado Medical Center.
- Franz, C. E. (1997).** Stability and change in the transition to midlife: A longitudinal study of midlife adults. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 45-66). Chicago: University of Chicago Press.
- Fraser, A. M., Brockert, J. F., & Ward, R. H. (1995).** Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *New England Journal of Medicine*, 332(17), 1113-1117.
- Fraser, N., & Navarro, M. (1996).** *Evita: The real life of Eva Perón*. New York: Norton.
- Frazier, J. A., & Morrison, F. J. (1998).** The influence of extended-year schooling on growth of achievement and perceived competence in early elementary school. *Child Development*, 69, 495-517.
- Freedman, D. G. (1979, January).** Ethnic differences in babies. *Human Nature*, pp. 15-20.
- Freedman, D. G., & Freedman, M. (1969).** Behavioral differences between Chinese-American and American newborns. *Nature*, 224, 1227.
- Freedman, D. S., Srinivasan, S. R., Valdez, R. A., Williamson, D. E., & Berenson, G. S. (1997).** Secular increases in relative weight and adiposity among children over two decades: The Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, 88, 420-426.
- Freeman, D. (1983).** *Margaret Mead and Samoa: The making and unmaking of an anthropological myth*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Freeman, E., Rickels, K., Sondheimer, S. J., & Polansky, M. (1990).** Ineffectiveness of progesterone suppository treatment for premenstrual syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 264, 349-353.
- Freeman, E. W., Rickels, K., Sondheimer, S. J., & Polansky, M. (1995).** A double-blind trial of oral progesterone, alprazolam, and placebo in treatment of severe premenstrual syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 274, 51-57.
- Freiberg, P. (1998, July).** Bullying in the workplace is a violence warning sign [On-line]. *APA Monitor*, 29(1), pp. 1-2. Available: <http://www.apa.org/monitor/jul98/bully.html>
- French, J., & Pena, S. (1991).** Children's hero play of the 20th century: Changes resulting from television's influence. *Child Study Journal*, 21, 79-94.
- Fretts, R. C., Schmittiel, J., McLean, F. H., Usher, R. H., & Goldman, M. B. (1995).** Increased maternal age and the risk of fetal death. *New England Journal of Medicine*, 333, 953-957.
- Freud, A. (1946).** *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1942).** On psychotherapy. In E. Jones (Ed.), *Collected papers*. London: Hogarth. (Original work published 1906)
- Freud, S. (1953).** *A general introduction to psychoanalysis* (J. Riviere, Trans.). New York: Perma-books. (Original work published 1935)
- Freud, S. (1964a).** New introductory lectures on psycho-analysis. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 22). London: Hogarth. (Original work published 1933)
- Freud, S. (1964b).** An outline of psychoanalysis. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23). London: Hogarth. (Original work published 1940)
- Fried, P. A., Watkinson, B., & Willan, A. (1984).** Marijuana use during pregnancy and decreased length of gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 150, 23-27.
- Friedan, B. (1993).** *The fountain of age*. New York: Simon & Schuster.
- Friedland, R. P. (1993).** Epidemiology, education, and the ecology of Alzheimer's disease. *Neurology*, 43, 246-249.
- Friedman, H. S., Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Martin, L. R., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1995).** Childhood conscientiousness and longevity: Health behaviors and cause of

- death. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 696-703.
- Friedman, H. S., Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Tomlinson-Keasey, C., Martin, L. R., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1995).** Psychosocial and behavioral predictors of longevity. *American Psychologist*, 50, 69-78.
- Friedman, H. S., Tücker, J. S., Tomlinson-Keasey, C., Schwartz, J. E., Martin, L. R., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1993).** Does childhood personality predict longevity? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 176-185.
- Friedman, J. M., & Halaas, J. L. (1998).** Leptin and the regulation of body weight in mammals. *Nature*, 395, 763-770.
- Friedman, L. J. (1999).** *Identity's architect*. New York: Scribner.
- Friedmann, P. D., Saitz, R., & Samet, J. H. (1998).** Management of adults recovering from alcohol or other drug problems. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1227-1231.
- Friend, M., & Davis, T. L. (1993).** Appearance-reality distinction: Children's understanding of the physical and affective domains. *Developmental Psychology*, 29, 907-914.
- Friend, R. A. (1991).** Older lesbian and gay people: A theory of successful aging. In J. A. Lee (Ed.), *Gay midlife and maturity* (pp. 99-118). New York: Haworth.
- Frith, U. (1989).** *Autism: Explaining the enigma*. Oxford: Basil Blackwell.
- Fromkin, V., Krashen, S., Curtiss, S., Rigler, D., & Rigler, M. (1974).** The development of language in Genie: Acquisition beyond the "critical period." *Brain and Language*, 15(9), 28-34.
- Frone, M. R., Russell, M., & Barnes, G. M. (1996).** Work-family conflict, gender, and health-related outcomes: A study of employed parents in two community samples. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 57-69.
- Frydman, O., & Bryant, P. (1988).** Sharing and the understanding of number equivalence by young children. *Cognitive Development*, 3, 323-339.
- Fuchs, C. S., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., Giovannucci, E. L., Manson, J. E., Kawachi, I., Hunter, D. J., Hankinson, S. E., Hennekens, C. H., Rosner, B., Speizer, F. E., & Willett, W. C. (1995).** Alcohol consumption and mortality among women. *New England Journal of Medicine*, 332, 1245-1250.
- Fuchs, D., & Fuchs, L. S. (1986).** Test procedure bias: A meta-analysis of examiner familiarity effects. *Review of Educational Research*, 56, 243-262.
- Fuchs, L. S., & Fuchs, D. (1986).** Effects of systematic formative evaluation of student achievement: A meta-analysis. *Exceptional Children*, 53, 199-205.
- Fuligni, A. J. (1997).** The academic achievement of adolescents from immigrant families: The roles of family background, attitudes, and behavior. *Child Development*, 68, 351-363.
- Fuligni, A. J., & Eccles, J. S. (1993).** Perceived parent-child relationships and early adolescents' orientation toward peers. *Developmental Psychology*, 29, 622-632.
- Fuligni, A. J., & Stevenson, H. W. (1995).** Time use and mathematics achievement among American, Chinese, and Japanese high school students. *Child Development*, 66, 830-842.
- Fulton, R., & Owen, G. (1987-1988).** Death and society in twentieth-century America: Special issue-Research in thanatology. *Omega: Journal of Death and Dying*, 18, 379-395.
- Furman, W. (1982).** Children's friendships. In T. M. Field, A. Huston, H. C. Quay, L. Troll, & G. E. Finley (Eds.), *Review of human development*. New York: Wiley.
- Furman, W., & Bierman, K. L. (1983).** Developmental changes in young children's conception of friendship. *Child Development*, 54, 549-556.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1985).** Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, 21, 1016-1024.
- Furrow, D. (1984).** Social and private speech at two years. *Child Development*, 55, 355-362.
- Furstenberg, F. F., & Hughes, M. E. (1995).** Social capital in successful development. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 580-592.
- Furstenberg, F. F., Levine, J. A., & Brooks-Gunn, J. (1990).** The children of teenage mothers: Patterns of early child bearing in two generations. *Family Planning Perspectives*, 22(2), 54-61.
- Furth, H. G., & Kane, S. R. (1992).** Children constructing society: A new perspective on children at play. In H. McGurk (Ed.), *Childhood social development: Contemporary perspectives*. Hove: Erlbaum.
- Gabbard, C. P. (1996).** *Lifelong motor development* (2nd ed). Madison, WI: Brown and Benchmark.
- Gabriel, T. (1996, January 7).** High-tech pregnancies test hope's limit. *The New York Times*, pp. 1, 18-19.
- Gaddis, A., & Brooks-Gunn, J. (1985).** The male experience of pubertal change. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 61-69.
- Gaertner, S. L., Mann, J., Murrell, A., & Dovidio, J. F. (1989).** Reducing intergroup bias: The benefits of recategorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 239-249.
- Galambos, N. L., Petersen, A. C., & Lerner, K. (1988).** Maternal employment and sex typing in early adolescence: Contemporaneous and longitudinal relations. In A. D. Gottfried & A. W. Gottfried (Eds.), *Maternal employment and children's development: Longitudinal research*. New York: Plenum.
- Galambos, N. L., Sears, H. A., Almeida, D. M., & Kolaric, G. C. (1995).** Parents' work overload and problem behavior in young adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 5(2), 201-223.
- Gale, J. L., Thapa, P. B., Wassilak, S. G., Bobo, J. K., Mendelman, P. M., & Foy, H. M. (1994).** Risk of serious acute neurological illness after immunization with diphtheria-tetanus-pertussis vaccine: A population-based case-control study. *Journal of the American Medical Association*, 271, 37-41.
- Galen, B. R., & Underwood, M. K. (1997).** A developmental investigation of social aggression among children. *Developmental Psychology*, 33, 589-600.
- Gallagher, W. (1993, May).** Midlife myths. *The Atlantic Monthly*, pp. 51-68.
- Gallagher, W. (1994, September).** How we become what we are. *The Atlantic Monthly*, pp. 39-55.
- Gallagher-Thompson, D. (1995).** Caregivers of chronically ill elders. In G. E. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 141-144). New York: Springer.
- Gallo, J. J., Anthony, J. C., & Muthen, B. O. (1994).** Age differences in the symptoms of depression: A latent trace analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49, P251-264.
- Galotti, K. M., Komatsu, L. K., & Voelz, S. (1997).** Children's differential performance on deductive and inductive syllogisms. *Developmental Psychology*, 33, 70-78.
- Gandhi, M. (1948).** *Autobiography: The story of my experiments with truth*. New York: Dover.
- Gannon, P. J., Holloway, R. L., Broadfield, D. C., & Braun, A. R. (1998).** Asymmetry of chimpanzee planum temporale: Humanlike pattern of Wernicke's brain language homlog. *Science*, 279, 22-222.
- Gans, J. E. (1990).** *America's adolescents: How healthy are they?* Chicago: American Medical Association.
- Ganzini, L., Nelson, H. D., Schmidt, T. A., Kraemer, D. F., Delorit, M. A., & Lee, M. A. (2000).** Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *New England Journal of Medicine*, 342, 557-563.
- Gapstur, S. M., Morrow, M., & Sellers, T. A. (1999).** Hormone replacement therapy and

- risk of breast cancer with favorable histology. *Journal of the American Medical Association*, 281, 2091-2097.
- Garasky, S., & Meyer, D. R. (1996).** Reconsidering the increase in father-only families. *Demography*, 33, 385-393.
- Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K., & Pardo, C. (1992).** *Children in danger: Coping with the consequences of community violence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K., & Pardo, C. (1998).** *Children in danger: Coping with the consequences of community violence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Garbarino, J., & Kostelny, K. (1993).** Neighborhood and community influences on parenting. In T. Luster & L. Okagaki (Eds.), *Parenting: An ecological perspective* (pp. 203-226). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Garcia-Coll, C., Kagan, J., & Reznick, J. S. (1984).** Behavioral inhibition in young children. *Child Development*, 55, 1005-1019.
- Gardiner, H. W., Mutter, J. D., & Kosmitzki, C. (1998).** *Lives across cultures: Cross-cultural human development*. Boston: Allyn and Bacon.
- Gardner, H. (1981, July).** Breakaway minds. *Psychology Today*, pp. 64-71.
- Gardner, H. (1983).** *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1986, Summer).** Freud in three frames. *Daedalus*, 105-134.
- Gardner, H. (1988).** Creative lives and creative works: A synthetic scientific approach. In R. J. Sternberg (Ed.), *The nature of creativity: Contemporary psychological perspectives* (pp. 298-321). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gardner, H. (1993).** *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic. (Original work published 1983)
- Gardner, H. (1995).** Reflections on multiple intelligences: Myths and messages. *Phi Delta Kappan*, pp. 200-209.
- Gardner, H. (1997).** *Extraordinary minds: Portraits of exceptional individuals and an examination of our extraordinariness*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1998).** Are there additional intelligences? In J. Kane (Ed.), *Education, Information, and transformation: Essays on learning and thinking*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Garland, A. E., & Zigler, E. (1993).** Adolescent suicide prevention: Current research and social policy implications. *American Psychologist*, 48(2), 169-182.
- Garland, J. B. (1982, March).** *Social referencing and self-produced locomotion*. Paper presented at the meeting of the International Conference on International Studies, Austin, TX.
- Garnezy, N. (1983).** Stressors of childhood. In N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping and development in children*. New York: McGraw-Hill.
- Garnezy, N., Masten, A., & Tellegen, A. (1984).** The study of stress and competence in children. A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97-111.
- Garmon, L. C., Basinger, K. S., Gregg, V. R., & Gibbs, J. C. (1996).** Gender differences in stage and expression of moral judgment. *Merrill-Palmer Quarterly*, 42, 418-437.
- Garner, B. P. (1998).** Play development from birth to age four. In D. P. Fromberg & D. Bergen (Eds.), *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (pp. 137-145). New York: Garland.
- Garner, P. W., & Power, T. G. (1996).** Preschoolers' emotional control in the disappointment paradigm and its relation to temperament, emotional knowledge, and family expressiveness. *Child Development*, 67, 1406-1419.
- Garner, D. M. (1993).** Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341, 1631-1635.
- Garofalo, R., Wolf, R. C., Kessel, S., Palfrey, J., & DuRant, R. H. (1998).** The association between health risk behaviors and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 101, 895-902.
- Gartner, L. M. (1994).** Neonatal jaundice. *Pediatrics in Review*, 15, 422-432.
- Gauvain, M. (1993).** The development of spatial thinking in everyday activity. *Developmental Review*, 13, 92-121.
- Gauvain, M., & Rogoff, B. (1989).** Ways of speaking about space: The development of children's skill at communicating spatial knowledge. *Cognitive Development*, 4, 295-307.
- Ge, X., Conger, R. D., & Elder, G. H., Jr. (1996).** Coming of age too early: Pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress. *Child Development*, 67, 3386-3400.
- Geary, D. C. (1993).** Mathematical disabilities: Cognitive, neuropsychological, and genetic components. *Psychological Bulletin*, 114, 345-362.
- Geary D. C. (1999).** Evolution and developmental sex differences. *Current Directions in Psychological Science*, 8(4), 115-120.
- Gecas, V., & Seff, M. A. (1990).** Families and adolescents: A review of the 1980s. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 941-958.
- Geen, R. G. (1994).** Television and aggression: Recent developments in research and theory. In D. Zillman, J. Bryant, & A. C. Huston (Eds.), *Media, children, and the family: Social scientific, psychoanalytic, and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gelfand, D. M., & Teti, D. M. (1995, November).** How does maternal depression affect children? *The Harvard Mental Health Letter*, p. 8.
- Geller, J. A. (1992).** *Breaking destructive patterns: Multiple strategies for treating partner abuse*. New York: Free Press.
- Gelles, R. J., & Maynard, P. E. (1987).** A structural family systems approach to intervention in cases of family violence. *Family Relations*, 36, 270-275.
- Gelman, R., & Gallistel, C. R. (1978).** *The child's understanding of number*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gelman, R., & Meck, B. (1992).** Early principles aid initial but not later conceptions of number. In J. Bideaud, C. Meljac, & J. Fischer (Eds.), *Pathways to number: Children's developing numerical abilities* (pp. 171-189). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gelman, R., Spelke, E. S., & Meck, E. (1983).** What preschoolers know about animate and inanimate objects. In D. R. Rogers & J. S. Sloboda (Eds.), *The acquisition of symbolic skills* (pp. 297-326). New York: Plenum.
- Gendell, J., & Siegel, J. S. (1996).** Trends in retirement age in the U.S., 1955-1993, by sex and race. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, S132-139.
- Genesee, F., Nicoladis, E., & Paradis, J. (1995).** Language differentiation in early bilingual development. *Journal of Child Language*, 22, 611-631.
- Genevay, B. (1986).** Intimacy as we age. *Generations*, 10(4), 12-15.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985).** *The Berkeley Adult Attachment Interview*. Unpublished protocol, Department of Psychology, University of California, Berkeley, CA.
- George, L. K. (1993).** Depressive disorders and symptoms in later life. *Generations*, 17(1), 35-38.
- George, T. P., & Hartmann, D. P. (1996).** Friendship networks of unpopular, average, and popular children. *Child Development*, 67, 2301-2316.
- Gerbner, G., & Ozyegin, N. (1997, March 20).** Alcohol, tobacco, and illicit drugs in entertainment television, commercials, news, "reality shows," movies, and music

- channels. *Report from the Robert Wood Johnson Foundation*. Princeton, NJ.
- Gerhard, G. S., & Cristofalo, V. J. (1992).** The limits of biogerontology. *Generations*, 16(4), 55-59.
- Gerstein, D. R., & Green, L. W. (1993).** *Preventing drug abuse*. Washington, DC: National Academy of Science.
- Gertner, B. L., Rice, M. L., & Hadley, P. A. (1994).** Influence of communicative competence on peer preferences in a preschool classroom. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 913-923.
- Gesell, A. (1929).** Maturation and infant behavior patterns. *Psychological Review*, 36, 307-319.
- Getzels, J. W. (1964).** Creative thinking, problem-solving, and instruction. In *Yearbook of the National Society for the Study of Education* (Pt. 1, pp. 240-267). Chicago: University of Chicago Press.
- Getzels, J. W. (1984, March).** *Problem finding in creativity in higher education* [The Fifth Rev. Charles E. Donovan, S.J., Lecture]. Boston College, School of Education, Boston, MA.
- Getzels, J. W., & Csikszentmihalyi, M. (1968).** The value-orientations of art students as determinants of artistic specialization and creative performance. *Studies in Art Education*, 10(1), 5-16.
- Getzels, J. W., & Csikszentmihalyi, M. (1975).** From problem solving to problem finding. In J. A. Taylor & J. W. Getzels (Eds.), *Perspectives in creativity* (pp. 90-116). Volente, TX: Aldine.
- Getzels, J. W., & Csikszentmihalyi, M. (1976).** *The creative vision: A longitudinal study of problem finding in art*. New York: Wiley.
- Getzels, J. W., & Jackson, P. W. (1962).** *Creativity and intelligence: Explorations with gifted students*. New York: Wiley.
- Getzels, J. W., & Jackson, P. W. (1963).** The highly intelligent and the highly creative adolescent: A summary of some research findings. In C. W. Taylor & F. Baron (Eds.), *Scientific creativity: Its recognition and development* (pp. 161-172). New York: Wiley.
- Geula, C., Wu, C.-K., Saroff, D., Lorenzo, A., Yuan, M., & Yankner, B. A. (1998).** Aging renders the brain vulnerable to amyloid beta-protein neurotoxicity. *Nature Medicine*, 4, 827-831.
- Giambra, L. M., & Arenberg, D. (1993).** Adult age differences in forgetting sentences. *Psychology and Aging*, 8, 451-462.
- Gibbs, N. (1995, October 2).** The EQ factor. *Time*, pp. 60-68.
- Gibson, M. J., Brangan, N., Gross, D., & Caplan, C. (1999).** *How much are Medicare beneficiaries paying out-of-pocket for prescription drugs?* [Executive Summary], Washington, DC: AARP Public Policy Institute.
- Gibson, E. J., & Walker, A. S. (1984).** Development of knowledge of visual-tactile affordances of substance. *Child Development*, 55, 453-460.
- Gibson, J. J. (1979).** *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Gidycz, C. A., Hanson, K., & Layman, M. J. (1995).** A prospective analysis of the relationships among sexual assault experiences: An extension of previous findings. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 5-29.
- Gielen, U., & Kelly, D. (1983, February).** *Buddhist Ladakh: Psychological portrait of a nonviolent culture*. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for CrossCultural Research: Washington, DC.
- Gilbert, S. (1998, May 19).** Benefits of assistant for childbirth go far beyond the birthing room. *The New York Times*, p. F7.
- Gilbert L. A. (1994).** Current perspectives in dual-career families. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 101-105.
- Gilford, R. (1984).** Contrasts in marital satisfaction throughout old age: An exchange theory analysis. *Journal of Gerontology*, 39, 325-333.
- Gilford, R. (1986).** Marriages in later life. *Generations*, 10(4), 16-20.
- Gill, T. M., Williams, C. S., Robison, J. T., & Tinetti, M. E. (1999).** A population based study of environmental hazards in the homes of older persons. *American Journal of Public Health*, 89, 553-556.
- Gilligan, C. (1982).** *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilligan, C. (1987a).** Adolescent development reconsidered. In E. E. Irwin (Ed.), *Adolescent social behavior and health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gilligan, C. (1987b).** Moral orientation and moral development. In E. F. Kittay & D. T. Meyers (Eds.), *Women and moral theory* (pp. 19-33). Totowa, NJ: Rowman & Littlefield.
- Gilligan, C., Murphy, J. M., & Tappan, M. B. (1990).** Moral development beyond adolescence. In C. N. Alexander & E. J. Langer (Eds.), *Higher stages of human development* (pp. 208-228). New York: Oxford University Press.
- Gillman, M. W., Cupples, L. A., Gagnon, D., Posner, B. M., Ellison, R. C., Castelli, W. E., & Wolf, P. A. (1995).** Protective effects of fruit and vegetables on development of stroke in men. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1113-1117.
- Ginsburg, H. P. (1997).** Mathematics learning disabilities: A view from developmental psychology. *Journal of Learning Disabilities*, 30, 20-33.
- Ginsburg, G. S., & Bronstein, P. (1993).** Family factors related to children's intrinsic/extrinsic motivational orientation and academic performance. *Child Development*, 64, 1461-1474.
- Ginsburg, H., & Oppen, S. (1979).** *Piaget's theory of intellectual development* (2nd ed). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ginzberg, E. (1972).** Toward a theory of occupational choice: A restatement. *Vocational Guidance Quarterly*, 20, 169-176.
- Giordano, P. C., Cernkovich, S. A., & DeMaris, A. (1993).** The family and peer relations of black adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 277-287.
- Giovannucci, E., Ascherio, A., Rimm, E. B., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., & Willett, W. C. (1995).** Intake of carotenoids and retinol in relation to risk of prostate cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 87, 1767-1776.
- Giovannucci, E., Rimm, E. B., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Ascherio, A., Chute, C. C., & Willett, W. C. (1993).** A prospective study of dietary fat and risk of prostate cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 1571-1579.
- Gladue, B. A. (1994).** The biopsychology of sexual orientation. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 150-154.
- Glasgow, K. L., Dornbusch, S. M., Troyer, L., Steinberg, L., & Ritter, P. L. (1997).** Parenting styles, adolescents' attributions, and educational outcomes in nine heterogeneous high schools. *Child Development*, 68, 507-529.
- Glass, T. A., de Leon, C. M., Marottoli, R. A., & Berkman, L. F. (1999).** Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal*, 319, 478-483.
- Glass, T. A., Seeman, T. E., Herzog, A. R., Kahn, R., & Berkman, L. F. (1995).** Change in productive activity in late adulthood: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S65-66.
- Gleitman, L. R., Newport, E. L., & Gleitman, H. (1984).** The current status of the motherese hypothesis. *Journal of Child Language*, 11, 43-79.
- Glenn, N. D. (1991).** The recent trend in marital success in the United States. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 261-270.

- Glick, P. C., & Lin, S.-L. (1986b). Recent changes in divorce and remarriage. *Journal of Marriage and the Family*, 48(4), 737-747.
- Gold, D. P., Andres, D., Etezadi, J., Arbuckle, T. Y., Schwartzman, A. E., & Chaikelson, J. (1995). Structural equation model of intellectual change and continuity and predictors of intelligence in older men. *Psychology and Aging*, 10, 294-303.
- Gold, D., & Andres, D. (1978). Developmental comparison between adolescent children with employed and nonemployed mothers. *Merrill-Palmer Quarterly*, 24, 243-254.
- Gold, D. T. (1987). Siblings in old age: Something special. *Canadian Journal on Aging*, 6, 199-215.
- Goldberg, W. A., Greenberger, E., & Nagel, S. K. (1996). Employment and achievement: Mothers' work involvement in relation to children's achievement behaviors and mothers' parenting behaviors. *Child Development*, 67, 1512-1527.
- Goldenberg, R. L., & Tamura, T. (1996). Prepregnancy weight and pregnancy outcome. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1127-1128.
- Goldenberg, R. L., Tamura, T., Neggers, Y., Copper, R. L., Johnston, K. E., DuBard, M. B., & Hauth, J. C. (1995). The effect of zinc supplementation on pregnancy outcome. *Journal of the American Medical Association*, 274, 463-468.
- Goldin-Meadow, S., & Mylander, C. (1998). Spontaneous sign systems created by deaf children in two cultures. *Nature*, 391, 279-281.
- Goldman, A. (1981). *Elvis*. New York: McGraw-Hill.
- Goldstein, I., Padma-Nathan, H., Rosen, R. C., Steers, W. D., & Wicker, P. A., for the Sildenafil Study group. (1998). Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. *New England Journal of Medicine*, 338, 1397-1404.
- Goldstein, A. O., Sobel, R. A., & Newman, G. R. (1999). Tobacco and alcohol use in G-rated children's animated films. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1131-1136.
- Goleman, D. (1993, June 11). Studies reveal suggestibility of very young as witnesses. *The New York Times*, pp. A1, A23.
- Goleman, D. (1995, July 1). A genetic clue to bed-wetting is located: Researchers say discovery shows the problem is not emotional. *The New York Times*, p. 8.
- Goleman, D. (1990, April 24). Anger over racism is seen as a cause of blacks' high blood pressure. *The New York Times*, p. C3.
- Goleman, D. (1992, November 24). Anthropology goes looking in all the old places. *The New York Times*, p. B1.
- Goleman, D. (1995b). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam.
- Golinkoff, R. M., Jacquet, R. C., Hirsh-Pasek, K., & Nandakumar, R. (1996). Lexical principles may underlie the learning of verbs. *Child Development*, 67, 3101-3119.
- Golomb, C., & Galasso, L. (1995). Make believe and reality: Explorations of the imaginary realm. *Developmental Psychology*, 31, 800-810.
- Golombok, S., & Tasker, F. (1996). Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbian families. *Developmental Psychology*, 32, 3-11.
- Golombok, S., Cook, R., Bish, A., & Murray, C. (1995). Families created by the new reproductive technologies: Quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child Development*, 66, 285-298.
- Golstein, P. (1998). Cell death in us and others. *Science*, 281, 1283.
- Gonyea, J. G., Hudson, R. B., & Seltzer, G. B. (1990). Housing preferences of vulnerable elders in suburbia. *Journal of Housing for the Elderly*, 7, 79-95.
- Goode, E. (1999, February 16). New study finds middle age is prime of life. *The New York Times*, p. F6.
- Goodman, G. S., Emery, R. E., & Haugeard, J. J. (1998). Developmental psychology and law: Divorce, child maltreatment, foster care, and adoption. In W. Damon (Series Ed.), I. E. Sigel, & K. A. Renninger (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology* (Vol. 4, pp. 775-874). New York: Wiley.
- Goodwyn, S. W., & Acredolo, L. P. (1998). Encouraging symbolic gestures: A new perspective on the relationship between gesture and speech. In J. M. Iverson & S. Goldin-Meadow (Eds.), *The nature and functions of gesture in children's communication* (pp. 61-73). San Francisco: Jossey-Bass.
- Gordon, I., Lask, B., Bryantwaugh, R., Christie, D., & Timini, S. (1997). Childhood onset anorexia nervosa: Towards identifying a biological substrate. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 159-165.
- Gorman, M. (1993). Help and self-help for older adults in developing countries. *Generations*, 17(4), 73-76.
- Gorman, K. S., & Pollitt, E. (1996). Does schooling buffer the effects of early risk? *Child Development*, 67, 314-326.
- Gortmaker, S. L., Must, A., Perrin, J. M., Sobol, A. M., & Dietz, W. H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England Journal of Medicine*, 329, 1008-1012.
- Gostin, L. O. (1997). Deciding life and death in the courtroom: From Quinlan to Cruzan, Clucksberg, and Vacco—A brief history and analysis of constitutional protection of the "right to die." *Journal of the American Medical Association*, 278, 1523-1528.
- Goswami, U., & Brown, A. L. (1989). Melting chocolate and melting snowmen: Analogical reasoning and causal relations. *Cognition*, 35, 69-95.
- Gottfried, A. E., Fleming, J. S., & Gottfried, A. W. (1998). Role of cognitively stimulating home environment in children's academic intrinsic motivation: A longitudinal study. *Child Development*, 69, 1448-1460.
- Gottman, J. S. (1990). Children of gay and lesbian parents. In F. W. Bozett & M. B. Sussman (Eds.), *Homosexuality and family relations* (pp. 177-196). New York: Harrington Park Press.
- Gottman, J. M., & Krokoff, L. J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 47-52.
- Goubet, N., & Clifton, R. K. (1998). Object and event representation in 6 1/2-month-old infants. *Developmental Psychology*, 34, 1008-1012.
- Gould, E., Reeves, A. J., Graziano, M. S. A., & Gross, C. G. (1999). Neurogenesis in the neocortex of adult primates. *Science*, 286, 548-552.
- Graber, J. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Brooks-Gunn, J. (1997). Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1768-1776.
- Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1995). The antecedents of menarcheal age: Heredity, family environment, and stressful life events. *Child Development*, 66, 346-359.
- Grant, B. E., & Dawson, D. A. (1998). Age of onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiological Survey. *Journal of Substance Abuse*, 9, 103-110.
- Graham-McGregor, S., Powell, C., Walker, S., Chang, S., & Fletcher, P. (1994). The long-term follow-up of severely malnourished children who participated in an intervention program. *Child Development*, 65, 428-439.
- Graziano, A. B., Peterson, M., & Shaw, G. L. (1999). Enhanced learning of proportional math through music training

- and spatial-temporal training. *Neurological Research*, 21(2), 139-152.
- Greenberg, J., & Becker, M. (1988).** Aging parents as family resources. *The Gerontologist*, 28(6), 786-790.
- Greenberger, E., & Steinberg, L. (1986).** *When teenagers work*. New York: Basic Books.
- Greenberger, E., & Chen, C. (1996).** Perceived family relationships and depressed mood in early and late adolescence: A comparison of European and Asian Americans. *Developmental Psychology*, 32, 707-716.
- Greenhouse, L. (2000, June 6).** justices reject visiting rights in divided case: Ruling favors mother over grandparents. *New York Times* (national edition), pp. A1, A15.
- Greenough, W. T., Black, J. E., & Wallace, C. S. (1987).** Experience and brain development. *Child Development*, 58, 539-559.
- Greenstein, T. N. (1995).** Gender ideology, 5 marital disruption, and the employment of married women. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 31-42.
- Gregg, V., Gibbs, J. C., & Basinger, K. S. (1994).** Patterns of developmental delay in moral judgment by male and female delinquents. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 538-553.
- Grodstein, F. (1996).** Postmenopausal estrogen and progestin use and the risk of cardiovascular disease. *New England Journal of Medicine*, 335, 453.
- Groenewoud, J. H., van der Heidi, A., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Willems, D. L., van der Mass, P. J., & van der Wal, G. (2000).** Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands. *New England Journal of Medicine*, 342, 551-556.
- Gross, R. T., & Duke, P. (1980).** The effect of early versus late physical maturation on adolescent behavior. [Special issue: I. Litt (Ed.), Symposium on adolescent medicine.] *Pediatric Clinics of North America*, 27, 71-78.
- Grotevant, H. D., McRoy, R. G., Elde, C. L., & Fravel, D. L. (1994).** Adoptive family system dynamics: Variations by level of openness in the adoption. *Family Process*, 33(2), 125-146.
- Gruber, A., & Schaie, K. W. (1986, November 21).** *Longitudinal-sequential studies of marital assortativity*. Paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society of America, Chicago, IL.
- Gruber-Baldini, A. L. (1991).** *The impact of health and disease on cognitive ability in adulthood and old age in the Seattle Longitudinal Study*. Unpublished doctoral dissertation, Pennsylvania State University.
- Grubman, S., Gross, E., Lerner-Weiss, N., Hernandez, M., McSherry, G. D., Hoyt, L. G., Boland, M., & Oleske, J. M. (1995).** Older children and adolescents living with perinatally acquired human immunodeficiency virus. *Pediatrics*, 95, 657-663.
- Grundy, S. M., Cleeman, J. I., Rifkind, B. M., & Kuller, L. H. for the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. (1999).** Cholesterol lowering in the elderly population. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1670-1678.
- Grusec, J. E., & Goodnow, J. J. (1994).** Impact of parental discipline methods on the child's internalization of values: A reconceptualization of current points of view. *Developmental Psychology*, 30, 4-19.
- Guberman, S. R. (1996).** The development of everyday mathematics in Brazilian children with limited formal education. *Child Development*, 67, 1609-1623.
- Guemple, L. (1983).** Growing old in Inuit society. In J. Solcowsky (Ed.), *Growing old in different societies* (pp. 24-28). Belmont, CA: Wadsworth.
- Guilford, J. P. (1959).** Three faces of intellect. *American Psychologist*, 14, 469-479.
- Guilford, J. P. (1960).** Basic conceptual problems of the psychology of thinking. *Proceedings of the New York Academy of Sciences*, 91, 6-21.
- Guilford, J. P. (1986).** *Creative talents: Their nature, uses and development*. Buffalo, NY: Bearly.
- Guilford, J. P. (1956).** Structure of intellect. *Psychological Bulletin*, 53, 267-293.
- Guilford, J. P. (1967).** *The nature of human intelligence*. New York: McGraw-Hill.
- Guillermoprieto, A. (1996, December 2).** Little Eva. *The New Yorker*, pp. 98-106.
- Gullette, M. M. (1998).** Midlife discourse in the twentieth-century United States: An essay on the sexuality, ideology, and politics of "middle-ageism." In R. A. Shweder (Ed.), *Welcome to middle age (and other cultural fictions)* (pp. 5-44). Chicago: University of Chicago Press.
- Gunnar, M. R., Larson, M. C., Hertzgaard, L., Harris, M. L., & Brodersen, L. (1992).** The stressfulness of separation among nine-month-old infants: Effects of social context variables and infant temperament. *Child Development*, 63, 290-303.
- Gunter, B., & Harrison, J. (1997).** Violence in children's programmes on British television. *Children & Society*, 11, 143-156.
- Guralnick, P. (1994).** *Last train to Memphis: The rise of Elvis Presley*. Boston: Little, Brown.
- Gutmann, D. (1987).** *Reclaimed powers: Toward a new psychology of men and women in later life*. New York: Basic Books.
- Gutmann, D. (1985).** The parental imperative revisited. In J. Meacham (Ed.), *Family and individual development*. Basel, Switzerland: Karger.
- Gutmann, D. (1974).** Alternatives to disengagement: Aging among the highland Druze. In R. LeVine (Ed.), *Culture and personality: Contemporary readings* (pp. 232-245). Chicago: Aldine.
- Gutmann, D. (1992).** Culture and mental health in later life. In J. E. Birren, R. Sloane, G. D. Cohen (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (pp. 75-96). New York: Academic Press.
- Gutmann, D. (1977).** The cross-cultural perspective: Notes toward a comparative psychology of aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 302-326). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Gutmann, D. (1975).** Parenting: A key to the comparative study of the life cycle. In N. Datan & L. H. Ginsberg (Eds.), *Life-span developmental psychology: Normative life crises*. New York: Academic Press.
- Guyer, B., Strobino, D. M., Ventura, S. J., & Singh, G. K. (1995).** Annual summary of vital statistics—1994. *Pediatrics*, 96, 1029-1039.
- Guzick, D. S., Carson, S. A., Coutifaris, C., Overstreet, J. W., Factor-Litvak, P., Steinkampf, M. R., Hill, J. A., Mastroianni, L., Buster, J. E., Nakajima, S. T., Vogel, D. L., & Canfield, R. E. (1999).** Efficacy of superovulation and intrauterine insemination in the treatment of infertility. *New England Journal of Medicine*, 340, 177-183.
- Haas, S. M., & Stafford, L. (1998).** An initial examination of maintenance behaviors in gay and lesbian relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 846-855.
- Hack, M., Friedman, H., & Fanaroff, A. A. (1996).** Outcomes of extremely low birth weight infants. *Pediatrics*, 98, 931-937.
- Haddow, J. E., Palomaki, G. E., Allan, W. C., Williams, J. R., Knight, G. J., Gagnon, J., O'Heir, C. E., Mitchell, M. L., Hermos, R. J., Waisbren, S. E., Faix, J. D., & Klein, R. Z. (1999).** Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *New England Journal of Medicine*, 341, 549-555.
- Haddow, J. E., Palomaki, G. E., Knight, G. J., Williams, J., Polkkiner, A., Canick, J. A., Saller, D. N., & Bowers, G. B. (1992).** Prenatal screening for Down's syndrome with use of maternal serum markers. *New*

- England Journal of Medicine*, 327, 588-593.
- Haden, C. A., Haine, R. A., & Fivush, R. (1997).** Developing narrative structure in parent-child reminiscing across the preschool years. *Developmental Psychology*, 33, 295-307.
- Haden, C. A., & Fivush, F. (1996).** Contextual variation in maternal conversational styles. *Merrill-Palmer Quarterly*, 42, 200-227.
- Hagestad, G. O. (1982).** *Issues in the study of intergenerational continuity*. Paper presented at the National Council on Family Relations Theory and Methods Workshop, Washington, DC.
- Hagestad, G. O. (1978).** *Patterns of communication and influence between grandparents and grandchildren in a changing society*. Paper presented at the meeting of the World Conference of Sociology, Uppsala, Sweden.
- Haith, M. M., & Benson, J. B. (1998).** Infant cognition. In D. Kuhn & R. S. Siegler (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language* (5th ed., pp. 199-254). New York: Wiley.
- Haith, M. M. (1998).** Who put the cog in infant cognition? Is rich interpretation too costly? *Infant behavior and Development*, 21(2), 167-179.
- Haith, M. M. (1986).** Sensory and perceptual processes in early infancy. *Journal of Pediatrics*, 109(1), 158-171.
- Hakuta, K., Ferdman, B. M., & Diaz, R. M. (1987).** Bilingualism and cognitive development: Three perspectives. In S. Rosenberg (Ed.), *Advances in applied psycholinguistics: Vol. 2. Reading, writing, and language learning* (pp. 284-319). New York: Cambridge University Press.
- Hakuta, K., & Garcia, E. E. (1989).** Bilingualism in education. *American Psychologist*, 44(2), 374-379.
- Hala, S., & Chandler, M. (1996).** The role of strategic planning in accessing false-belief understanding. *Child Development*, 67, 2948-2966.
- Halaas, J. L., Gajiwala, K. S., Maffei, M., Cohen, S. L., Chait, B. T., Rabinowitz, D., Lallone, R. L., Burley, S. K., & Friedman, J. M. (1995).** Weight reducing effects of the plasma protein encoded by the obese gene. *Science*, 269, 543-546.
- Halaas, J. L., Gajiwala, K. S., Maffei, M., Cohen, S. L., Chait, B. T., Rabinowitz, D., Lallone, R. L., Burley, S. K., & Friedman, J. M. (1995).** Weight reducing effects of the plasma protein encoded by the obese gene. *Science*, 269, 543-546.
- Hale, S., Bronik, M. D., & Fry, A. F. (1997).** Verbal and spatial working memory in school-age children: Developmental differences in susceptibility to interference. *Developmental Psychology*, 33, 364-371.
- Haley, A. (1976).** *Roots*. Garden City, NY: Doubleday.
- Halfon, N., & Newacheck, P. W. (1993).** Childhood asthma and poverty: Differential impacts and utilization of health services. *Pediatrics*, 91, 56-61.
- Hall, G. S. (1916).** *Adolescence*. New York: Appleton. (Original work published 1904)
- Hall, D. R., & Zhao, J. Z. (1995).** Cohabitation in Canada: Testing the selectivity hypothesis. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 421-427.
- Hall, E. (1983).** A conversation with Erik Erikson. *Psychology Today*, 17(6), 22-30.
- Hall, G. S. (1922).** *Senescence: The last half of life*. New York: Appleton.
- Halpern, S. H., Leighton, B. L., Ohlsson, A., Barrett, J. F. R., & Rice, A. (1998).** Effect of epidural vs. parenteral opioid analgesia on the progress of labor. *Journal of the American Medical Association*, 280, 2105-2110.
- Halpern, D. F. (1997).** Sex differences in intelligence: Implications for education. *American Psychologist*, 52(10), 1091-1102.
- Haltiwanger, J., & Harter, S. (1988).** *A behavioral measure of young children's presented self-esteem*. Unpublished manuscript, University of Denver, Denver, CO.
- Hamer, D. H., Hu, S., Magnuson, V. L., Hu, N., & Pattatucci, A. M. L. (1993).** A linkage between DNA markers on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261, 321-327.
- Hamon, R. R., & Blieszner, R. (1990).** Filial responsibility expectations among adult child-older parent pairs. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 45(3), PI 10-112.
- Handmaker, N. S., Miller, W. R., & Manicke, M. (1999).** Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 285-287.
- Handyside, A. H., Lesko, J. G., Tarin, J. J., Winston, R. M. L., & Hughes, M. R. (1992).** Birth of a normal girl after in vitro fertilization and preimplantation diagnostic testing for cystic fibrosis. *New England Journal of Medicine*, 327(13), 905-909.
- Hanna, E., & Meltzoff, A. N. (1993).** Peer imitation by toddlers in laboratory, home, and day care contexts: Implications for social learning and memory. *Developmental Psychology*, 29, 701-710.
- Hanson, L. (1968).** *Renoir: The man, the painter, and his world*. New York: Dodd, Mead.
- Hardy-Brown, K., & Plomin, R. (1985).** Infant communicative development: Evidence from adoptive and biological families for genetic and environmental influences on rate differences. *Developmental Psychology*, 21, 378-385.
- Hardy-Brown, K., Plomin, R., & DeFries, J. C. (1981).** Genetic and environmental influences on rate of communicative development in the first year of life. *Developmental Psychology*, 17, 704-717.
- Harkness, S., & Super, C. M. (1995).** Culture and parenting. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 2, pp. 211-234). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Harlow, H. E., & Zimmerman, R. R. (1959).** Affectional responses in the infant monkey. *Science*, 130, 421-432.
- Harlow, H. E., & Harlow, M. K. (1962).** The effect of rearing conditions on behavior. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 26, 213-224.
- Harnishfeger, K. K., & Pope, R. S. (1996).** Intending to forget: The development of cognitive inhibition in directed forgetting. *Journal of Experimental Psychology*, 62, 292-315.
- Harnishfeger, K. K., & Bjorklund, D. F. (1993).** The ontogeny of inhibition mechanisms: A renewed approach to cognitive development. In M. L. Howe & R. P. Pasnak (Eds.), *Emerging themes in cognitive development* (Vol. 1, pp. 28-49). New York: Springer-Verlag.
- Haroutunian, V., Purohit, D. R., Perl, D. R., Marin, D., Khan, K., Lantz, M., Davis, K. L., & Mohs, R. C. (1999).** Neurofibrillary tangles in nondemented elderly subjects and mild Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 56, 713-718.
- Harrell, J. S., Gansky, S. A., McMurray, R. G., Bangdiwala, S. I., Frauman, A. C., & Bradley, C. B. (1998).** School-based interventions improve heart health in children with multiple cardiovascular disease risk factors. *Pediatrics*, 102, 371-380.
- Harrell, J. S., Gansky, S. A., Bradley, C. B., & McMurray, R. G. (1997).** Leisure time activities of elementary school children. *Nursing Research*, 46, 246-253.
- Harris, P. L., Brown, E., Marriott, C., Whittall, S., & Harmer, S. (1991).** Monsters, ghosts, and witches: Testing the limits of the fantasy-reality distinction in young children. In G. E. Butterworth, P. L. Harris, A. M. Leslie, & H. M. Wellman (Eds.), *Perspective on the child's theory of mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Harrison, A. O., Wilson, M. N., Pine, C. J., Chan, S. Q., & Buriel, R. (1990).** Family ecologies of ethnic minority children. *Child Development*, 61, 347-362.
- Harrist, A. W., Zaia, A. E., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (1997).** Subtypes of social withdrawal in early childhood: Sociometric status and

- social-cognitive differences across four years. *Child Development*, 68, 278-294.
- Hart, C. H., Nelson, D. A., Robinson, C. C., Olsen, S. F., & McNeilly-Choque, M. K. (1998).** Overt and relational aggression in Russian nursery-school-age children: Parenting style and marital linkages. *Developmental Psychology*, 34, 687-697.
- Hart, B., & Risley, T. R. (1992).** American parenting of language-learning children: Persisting differences in family-child interactions observed in natural home environments. *Developmental Psychology*, 28, 1096-1105.
- Hart, B., & Risley, T. (1996, August).** *Individual differences in early intellectual experience of typical American children: Beyond SES, race, and IQ.* Address at the annual convention of the American Psychological Association, Toronto, Canada.
- Hart, B., & Risley, T. R. (1989).** The longitudinal study of interactive systems. *Education and Treatment Of Children*, 12, 347-358.
- Hart, C. H., Ladd, G. W., & Burleson, B. R. (1990).** Children's expectations of the outcome of social strategies: Relations with sociometric status and maternal disciplinary style. *Child Development*, 61, 127-137.
- Hart, S. N., & Brassard, M. R. (1987).** A major threat to children's mental health: Psychological maltreatment. *American Psychologist*, 42(2), 160-165.
- Hart, C. H., DeWolf, M., Wozniak, R., & Burts, D. C. (1992).** Maternal and paternal disciplinary styles: Relations with preschoolers' playground behavioral orientation and peer status. *Child Development*, 63, 879-892.
- Hart, D., Hofmann, V., Edelstein, W., & Keller, M. (1997).** The relation of childhood personality types to adolescent behavior and development: A longitudinal study of Icelandic children. *Developmental Psychology*, 33, 195-205.
- Hart, S., Field, T., del Valle, C., & Pelaez-Nogueras, M. (1998).** Depressed mothers' interactions with their one-year-old infants. *Infant Behavior and Development*, 21, 519-525.
- Harter, S. (1998).** The development of self-representations. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 553-617). New York: Wiley.
- Harter, S. (1996).** Developmental changes in self-understanding across the 5 to 7 shift. In A. J. Sameroff & M. M. Haith (Eds.), *The five to seven year shift: The age of reason and responsibility* (pp. 207-235). Chicago: University of Chicago Press.
- Harter, S. (1993).** Developmental changes in self-understanding across the 5 to 7 shift. In A. Sameroff & M. Haith (Eds.), *Reason and responsibility: The passage through childhood*. Chicago: University of Chicago Press.
- Harter, S., & Buddin, B. J. (1987).** Children's understanding of the simultaneity of two emotions: A five-stage developmental acquisition sequence. *Developmental Psychology*, 23, 388-389.
- Harter, S. (1985).** Competence as a dimension of self-worth. In R. Leahy (Ed.), *The development of the self*. New York: Academic Press.
- Harter, S. (1990).** Causes, correlates, and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. In J. Kolligan & R. Sternberg (Eds.), *Competence considered: Perceptions of competence and incompetence across the life-span* (pp. 67-97). New Haven: Yale University Press.
- Hartmann, E. (1981).** The strangest sleep disorder. *Psychology Today*, 15(4), 14-18.
- Hartshorn, K., Rovee-Collier, C., Gerhardstein, R., Bhatt, R. S., Wondolowski, R. L., Klein, R., Gilch, J., Wurtzel, N., & Campos-de-Carvalho, M. (1998).** The ontogeny of long-term memory over the first year-and-a-half of life. *Developmental Psychobiology*, 32, 69-89.
- Hartup, W. W., & Stevens, N. (1999).** Friendships and adaptation across the life span. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 76-79.
- Hartup, W. W. (1989).** Social relationships and their developmental significance. *American Psychologist*, 44, 120-126.
- Hartup, W. W. (1992).** Peer relations in early and middle childhood. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Handbook of social development: A lifespan perspective* (pp. 257-281). New York: Plenum.
- Hartup, W. W. (1996b).** Cooperation, close relationships, and cognitive development. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp. 213-237). New York: Cambridge University Press.
- Hartup, W. W. (1996a).** The company they keep: Friendships and their developmental significance. *Child Development*, 67, 1-13.
- Harvey, J. H., & Omarzu, J. (1997).** Minding the close relationship. *Personality and Psychology Review*, 1, 224-240.
- Harvey, J. H., & Pauwels, B. G. (1999).** Recent developments in close-relationships theory. *Current Directions in Psychological Science*, 8(3), 93-95.
- Harvey, E. (1999).** Short-term and long-term effects of early parental employment on children of the National Longitudinal Survey of Youth. *Developmental Psychology*, 35(2), 445-459.
- Haskett, M. E., & Kistner, J. A. (1991).** Social interaction and peer perceptions of young physically abused children. *Child Development*, 62, 979-990.
- Haskins, R. (1989).** Beyond metaphor: The efficacy of early childhood education. *American Psychologist*, 44(2), 274-282.
- Haswell, K., Hock, E., & Wenar, C. (1981).** Oppositional behavior of preschool children: Theory and prevention. *Family Relations*, 30, 440-446.
- Hatano, G., Siegler, R. S., Richards, D. D., Inagaki, K., Stavy, R., & Wax, N. (1993).** The development of biological knowledge: A multi-national study. *Cognitive Development*, 8, 47-62.
- Hatcher, P. J., Hulme, C., & Ellis, A. W. (1994).** Ameliorating early reading failure by integrating the teaching of reading and phonological skills: The phonological linkage hypothesis. *Child Development*, 65, 41-57.
- Hatzichristou, C., & Hopf, D. (1996).** A multiperspective comparison of peer sociometric status groups in childhood and adolescence. *Child Development*, 67, 1085-1102.
- Haugaard, J. J. (1998).** Is adoption a risk factor for the development of adjustment problems? *Clinical Psychology Review*, 18, 47-69.
- Haugh, S., Hoffman, C., & Cowan, G. (1980).** The eye of the very young beholder: Sex typing of infants by young children. *Child Development*, 51, 598-600.
- Haupt, B. J. (1998).** *Characteristics of hospice care users: Data from the 1996 National Home and Hospice Care Survey* (Advance data from vital and health statistics, No. 299). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K. G. (1999).** Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 226-234.
- Hawkins, J. (1999).** Trends in anesthesiology during childbirth. *Anesthesiology*, 91, A1060.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992).** Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse programs. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hawkins, H. L., Kramer, A. F., & Capaldi, D. (1992).** Aging, exercise, and attention. *Psychology and Aging*, 7(4), 643-653.
- Hay, D. E., Pedersen, J., & Nash, A. (1982).** Dyadic interaction in the first year of life. In K. H. Rubin & H. S. Ross (Eds.), *Peer relationships and social skills in children*. New York: Springer.

- Hayes, A., & Batshaw, M. L. (1993). Down syndrome. *Pediatric Clinics of North America*, 40, 523-535.
- Hayflick, L. (1974). The strategy of senescence. *The Gerontologist*, 14(1), 37-45.
- Hayflick, L. (1981). Intracellular determinants of aging. *Mechanisms of Aging and Development*, 28, 177.
- Hayne, H., MacDonald, S., & Barr, R. (1997). Developmental changes in the specificity of memory over the second year of life. *Infant Behavior and Development*, 20, 233-245.
- Hayward, M. D., Friedman, S., & Chen, H. (1996). Race inequities in men's retirement. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, SI-10.
- He, J., Vupputuri, S., Allen, K., Perrost, M. R., Hughes, J., & Whelton, P. K. (1999). Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *New England Journal of Medicine*, 340, 920-926.
- Health Care Financing Administration. (1997, September 10). *HCFA announces state allotments for children's Health insurance program* [Press release]. Washington, DC: Author.
- Healy, B. (1991). The Yentl syndrome. *New England Journal of Medicine*, 325(4), 274-276.
- Heath, D. T. (1994). The impact of delayed fatherhood on the father-child relationship. *Journal of Genetic Psychology*, 155, 511-530.
- Heath, G. W., Pratt, M., Warren, C. W., & Kann, L. (1994). Physical activity patterns in American high school students: Results from the 1990 Youth Risk Behavior Survey. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 148, 1131-1136.
- Heath, S. B. (1989). Oral and literate tradition among black Americans living in poverty. *American Psychologist*, 44, 367-373.
- Hebert, J. R., Hurley, T. G., Olendzki, B. C., Teas, J., Ma, Y., & Hampl, J. S. (1998). Nutritional and socioeconomic factors in relation to prostate cancer mortality: A cross-national study. *Journal of the National Cancer Institute*, 90, 1637-1647.
- Heilbrunn, J. (1998, November 15). Frequent flier: A biography of Secretary of State Madeleine Albright. *The New York Times Book Review*, p. 12.
- Heilbut, A. (1993, April 26). Postscript: Marian Anderson. *New Yorker*, pp. 82-83.
- Heishman, S. J., Henningfield, J. E., Kendler, K. S., Le Houezec, J., Malin, D. H., Pomerleau, O. F., & Schneider, N. G. (1998). Society for Research on Nicotine and Tobacco: Third Annual Scientific Conference, Nashville, Tennessee. *Addiction*, 93, 907-923.
- Heller, R. B., & Dobbs, A. R. (1993). Age differences in word finding in discourse and nondiscourse situations. *Psychology and Aging*, 8, 443-450.
- Helms, J. E. (1992). Why is there no study of cultural equivalence in standardized cognitive ability testing? *American Psychologist*, 47, 1083-1101.
- Helson, R., & McCabe, L. (1993). The social clock in middle age. In B. F. Turner & L. E. Troll (Eds.), *Women growing older* (pp. 68-93). Newbury Park, CA: Sage.
- Helson, R. (1997). The self in middle age. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 21-43). Chicago: University of Chicago Press.
- Helson, R. (1993). Comparing longitudinal studies of adult development: Toward a paradigm of tension between stability and change. In D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey, & K. Widaman (Eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 93-120). Washington, DC: American Psychological Association.
- Helson, R., & Moane, G. (1987). Personality change in women from college to midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 176-186.
- Helson, R., & Wink, P. (1992). Personality change in women from the early 40s to the early 50s. *Psychology and Aging*, 7(1), 46-55.
- Hemingway, H., Nicholson, A., Stafford, M., Roberts, R., & Marmot, M. (1997). The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-35 questionnaire: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 87, 1484-1490.
- Hendin, H. (1994, December 16). Scared to death of dying. *The New York Times*, p. A39.
- Henkel, L. A., Johnson, M. K., De Leonardis, D. M. (1998). Aging and source monitoring: Cognitive processes and neuropsychological correlates. *Journal of Experimental Psychology: General*, 127, 251-268.
- Henker, F. O. (1981). Male climacteric. In J. G. Howells (Ed.), *Modern perspectives in the psychiatry of middle age*. New York: Brunner/Mazel.
- Henly, W. L., & Fitch, B. R. (1966). Newborn narcotic withdrawal associated with regional enteritis in pregnancy. *New York Journal of Medicine*, 66, 2565-2567.
- Henrich, J. B. (1992). The postmenopausal estrogen/breast cancer controversy. *Journal of the American Medical Association*, 268(14), 1900-1902.
- Herman-Giddens, M. E., Brown, G., Verbiest, S., Carlson, P. J., Hooten, E. G., Howell, E., & Butts, J. D. (1999). Underascertainment of child abuse mortality in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 282, 463-467.
- Herman-Giddens, M. E., Slora, E. J., Wasserman, R. C., Bourdony, C. J., Bhapkar, M. V., Koch, G. G., & Hasemeier, C. M. (1997). Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: A study from the Pediatric Research in Office Settings network. *Pediatrics*, 99, 505-512.
- Hernandez, D. J. (1997). Child development and the social demography of childhood. *Child Development*, 68, 149-169.
- Herrnstein, R. J., & Murray, C. (1994). *The bell curve: Intelligence and class structure in American life*. New York: Free Press.
- Hertzog, C., Dixon, R. A., & Hultsch, D. F. (1990). Relationships between metamemory, memory predictions, and memory task performance in adults. *Psychology and Aging*, 5(2), 215-227.
- Hertzog, C. (1989). Influences of cognitive slowing on age differences in intelligence. *Developmental Psychology*, 25(4), 636-651.
- Hertzog, C., & Dixon, R. A. (1994). Metacognitive development in adulthood and old age. In J. Metcalfe & A. P. Shimamura (Eds.), *Metacognition: Knowing about knowing* (pp. 221-251). Cambridge, MA: MIT Press.
- Hertzog, O., Saylor, L. L., Fleece, A. M., & Dixon, R. A. (1994). Metamemory and aging: Relations between predicted, actual, and perceived memory task performance. *Aging and Cognition*, 1, 203-237.
- Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., Selwyn, S. E., Ekeblad, E. R., Flores, A. T., Greenwood, D. N., Burwell, R. A., & Keller, M. B. (1999). Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: A 7.5-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 829-837.
- Hetherington, E. M., Bridges, M., & Insabella, G. M. (1998). What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment. *American Psychologist*, 53, 167-184.
- Herzog, A. R., Franks, M. M., Markus, H. R., & Holmberg, D. (1998). Activities and well-being in older age: Effects of self-concept and educational attainment. *Psychology and Aging*, 13(2), 179-185.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., & Lavori, P. W. (1988). Outcome in anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 131-143.
- Hetherington, E. M., Bridges, M., & Insabella, G. M. (1998). What matters? What does not? Five perspectives on the

- association between marital transitions and children's adjustment. *American Psychologist*, 51, 167-184.
- Hetherington, E. M., & Stanley-Hagan, M. (1999).** The adjustment of children with divorced parents: A risk and resiliency perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 129-140.
- Hetherington, E. M., & Clingempeel, G. (Eds.). (1992).** Coping with marital transitions. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57 (Serial No. 227).
- Hetherington, E. M. (1987).** Family relations six years after divorce. In K. Pasley & M. Ihinger-Talman (Eds.), *Remarriage and parenting today: Research and theory*. New York: Guilford.
- Hetherington, E. M., Stanley-Hagan, M., & Anderson, E. (1989).** Marital transitions: A child's perspective. *American Psychologist*, 44, 303-312.
- Hetzel, B. S. (1994).** Iodine deficiency and fetal brain damage. *New England Journal of Medicine*, 331, 1770-1771.
- Hewlett, B. S. (1987).** Intimate fathers: Patterns of paternal holding among Aka pygmies. In M. E. Lamb (Ed.), *The father's role: Cross-cultural perspectives* (pp. 295-330). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hewlett, B. S. (1992).** Husband-wife reciprocity and the father-infant relationship among Aka pygmies. In B. S. Hewlett (Ed.), *Father-child relations: Cultural and biosocial contexts* (pp. 153-176). New York: de Gruyter.
- Hewlett, B. S., Lamb, M. E., Shannon, D., Leyendecker, B., & Schölmerich, A. (1998).** Culture and early infancy among central African foragers and farmers. *Developmental Psychology*, 34(4), 653-661.
- Hewlett, B. S. (1987).** Intimate fathers: Patterns of paternal holding among Aka pygmies. In M. E. Lamb (Ed.), *The father's role: Cross-cultural perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Heyman, R. E., O'Leary, K. D., & Jouriles, E. N. (1995).** Alcohol and aggressive personality styles: Potentiators of serious physical aggression against wives? *Journal of Family Psychology*, 9(1), 44-57.
- Heyns, B., & Catsambis, S. (1986).** Mothers employment and children's achievement: A critique. *Sociology of Education*, 59, 140-151.
- Hibbard, D. R., & Buhrmester, D. (1998).** The role of peers in the socialization of gender-related social interaction styles. *Sex Roles*, 39, 185-202.
- Hiedemann, B., Suhomilina, O., & Ø'Rand, A. M. (1998).** Economic independence, economic status, and empty nest in midlife marital disruption. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 219-231.
- Hill, J. O., & Peters, J. C. (1998, May 29).** Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 280, 1371-1374.
- Hill, J. P. (1987).** Research on adolescents and their families: Past and prospect. In E. E. Irwin (Ed.), *Adolescent social behavior and health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Hill, R. D., Storandt, M., & Malley, M. (1993).** The impact of exercise training on psychological function in older adults. *Journal of Gerontology*, 48(1), 12-17.
- Hilts, P. J. (1999, June 1).** Life at age 100 is surprisingly healthy. *The New York Times*, p. D7.
- Himes, C. L., Hogan, D. P. & Eggebeen, D. J. (1996).** Living arrangements of minority elders. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, S42-48.
- Hinds, T. S., West, W. L., Knight, E. M., & Harland, B. F. (1996).** The effect of caffeine on pregnancy outcome variables. *Nutrition Reviews*, 54, 203-207.
- Hines, M., Chiu, L., McAdams, L. A., Bentler, M. P. & Lipcamon, J. (1992).** Cognition and the corpus callosum: Verbal fluency, visuospatial ability, language lateralization related to midsagittal surface areas of the corpus callosum. *Behavioral Neuroscience*, 106, 3-14.
- Hines, A. M. (1997).** Divorce-related transitions, adolescent development, and the role of the parent-child relationship: A review of the literature. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 375-388.
- Hirsch, H. V., & Spinelli, D. N. (1970).** Visual experience modifies distribution of horizontally and vertically oriented receptive fields in cats. *Science*, 168, 869-871.
- Ho, D. (1999, June 16).** Midwestern living suits women to a ripe old age. *Chicago Sun-Times*, p. 26.
- Ho, C. S.-H., & Fuson, K. C. (1998).** Children's knowledge of teen quantities as tens and ones: Comparisons of Chinese, British, and American kindergartners. *Journal of Educational Psychology*, 90, 536-544.
- Ho, W. C. (1989).** *Yani: The brush of innocence*. New York: Hudson Hills.
- Hodges, E. V. E., Boivin, M., Vitaro, F., & Bukowski, W. M. (1999).** The power of friendship: Protection against an escalating cycle of peer victimization. *Developmental Psychology*, 35, 94-101.
- Hofferth, S. (1996).** Child care in the United States today. *The Future of Children*, 6(2), 41-61.
- Hofferth, S., Brayfield, A., Deich, S., & Holcomb, P. (1991).** *National Child Care Survey*, 1990. Washington, DC: Urban Institute Press.
- Hofferth, S. L. (1998).** *Healthy environments, healthy children: Children in families* (Report of the 1997 Panel Study of Income Dynamics, Child Development Supplement). Ann Arbor: University of Michigan Institute for Social Research.
- Hofferth, S. L., & Sandberg, J. (1998).** *Changes in American children's time, 1981-1997* (Report of the 1997 Panel Study of Income Dynamics, Child Development Supplement). Ann Arbor: University of Michigan Institute for Social Research.
- Hoffman, H. J., & Hillman, L. S. (1992).** Epidemiology of the sudden infant death syndrome: Maternal, neonatal, and postneonatal risk factors. *Clinics in Perinatology*, 19, 717-737.
- Hoffman, L. W. (1979).** Maternal employment. *American Psychologist*, 34(10), 859-865.
- Hoffman, L. W. (1989).** Effects of maternal employment in the two-parent family: A review of recent research. *American Psychologist*, 44(2), 283-292.
- Hoffman, M. L. (1970a).** Conscience, personality, and socialization techniques. *Human Development*, 13, 90-126.
- Hoffman, M. L. (1970b).** Moral development. In P. H. Mussen (Ed.), *Carmichael's manual of child psychology* (Vol. 2, 3rd ed., pp. 261-360). New York: Wiley.
- Hoffman, M. L. (1977).** Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 84, 712-722.
- Hoffman, M. L., & Hoffman, L. W. (Eds.). (1964).** *Review of child development research*. New York: Russell Sage Foundation.
- Holden, C. (1994).** A cautionary genetic tale: The sobering story of D2. *Science*, 264, 1696-1697.
- Holden, C. (1996, July 5).** New populations of old add to poor nations' burdens. *Science*, pp. 46-48.
- Holden, G. W., & Miller, P. C. (1999).** Enduring and different: A meta-analysis of the similarity in parents' child rearing. *Psychological Bulletin*, 125, 223-254.
- Holloway, S. D. (1999).** Divergent cultural models of child rearing and pedagogy in Japanese preschools. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 83, 61-75.
- Holmes, L. D. (1987).** *Quest for the real Samoa: The Mead-Freeman controversy and beyond*. South Hadley, MA: Bergin & Garvey.
- Holmes, M. D., Hunter, D. J., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Hankinson, S. E., Speizer, F. E., Rosner, B., & Willett, W. C. (1999).** Association of dietary intake of fat and fatty acids with risk of breast

- cancer. *Journal of the American Medical Association*, 281, 914-920.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1976). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213.
- Holtzman, N. A., Murphy, P. D., Watson, M. S., & Barr, P. A. (1997). Predictive genetic testing: From basic research to clinical practice. *Science*, 278, 602-605.
- Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(4), 476-497.
- Home, J. (1985). *Caregiving: Helping an aging loved one*. Washington, DC: AARP Books.
- Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K., & Hutchinson, C. (1992). Mental and physical health of spouse caregivers: The role of personality. *Psychology and Aging*, 7(3), 367-375.
- Hopfensperger, J. (1996, April 15). Germany's fast track to a career. *Minneapolis Star-Tribune*, pp. A1, A6.
- Hopkins, B., & Westra, T. (1990). Motor development, maternal expectations and the role of handling. *Infant Behavior and Development*, 13, 117-122.
- Hopkins, B., & Westra, T. (1988). Maternal handling and motor development: An intracultural study. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 14, 377-420.
- Hopper, J. L., & Seeman, E. (1994). The boné density of female twins discordant for tobacco use. *New England Journal of Medicine*, 330, 387-392.
- Horbar, J. D., Wright, E. C., Onstad, L., & the Members of the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. (1993). Decreasing mortality associated with the introduction of surfactant therapy: An observational study of neonates weighing 601 to 1300 grams at birth. *Pediatrics*, 92, 191-196.
- Hormone therapy: When and for how long? (1997, March 25). *HealthNews*, 5(4), 1-2.
- Horn, J. C., & Meer, J. (1987, May). The vintage years. *Psychology Today*, pp. 76-90.
- Horn, J. L. (1967). Intelligence-Why it grows, why it declines. *Transaction*, 5(1), 23-31.
- Horn, J. L. (1968). Organization of abilities and the development of intelligence. *Psychological Review*, 75, 242-259.
- Horn, J. L. (1970). Organization of data on life-span development of human abilities. In L. R. Goulet & P. B. Baltes (Eds.), *Life-span developmental psychology: Theory and research* (pp. 424-466). New York: Academic Press.
- Horn, J. L. (1982a). The aging of human abilities. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology* (pp. 847-870). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Horn, J. L. (1982b). The theory of fluid and crystallized intelligence in relation to concepts of cognitive psychology and aging in adulthood. In F. I. M. Craik & S. Trehub (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 237-278). New York: Plenum.
- Horn, J. L., & Donaldson, G. (1980). Cognitive development: 2. Adulthood development of human abilities. In O. G. Brim & J. Kagan (Eds.), *Constancy and change in human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Horn, J. L., & Hofer, S. M. (1992). Major abilities and development in the adult. In R. J. Sternberg & C. A. Berg (Eds.), *Intellectual development*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Horowitz, E. D. (1992). John B. Watson's legacy: Learning and environment. *Developmental Psychology*, 28(3), 360-367.
- Horton, A. M., & Fogelman, C. J. (1991). Behavioral treatment of aged alcoholics and drug addicts. In P. A. Wisocki (Ed.), *Handbook of clinical behavioral therapy with the elderly client* (pp. 299-316). New York: Plenum.
- Horvath, T. B., & Davis, K. L. (1990). Central nervous system disorders in aging. In E. L. Schneider & J. W. Rowe (Eds.), *The handbook of the biology of aging* (3rd ed., pp. 306-329). San Diego: Academic.
- Horwitz, A. V., White, H. R., & Howell-White, S. (1996). Becoming married and mental health: A longitudinal study of a cohort of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 895-907.
- Horwitz, B., Rumsey, J. M., & Donohue, B. C. (1998). Functional connectivity of the angular gyrus in normal reading and dyslexia. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 95, 8939-8944.
- Horwood, L. J., & Fergusson, D. M. (1998). Breastfeeding and child achievement. *Pediatrics* [On-line], 101(1). Available: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/101/1/e9> [1998, January 5]
- Hossain, Z., & Roopnarine, J. L. (1994). African-American fathers' involvement with infants: Relationship to their functioning style, support, education, and income. *Infant Behavior and Development*, 17(2), 175-184.
- House, S. J., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-544.
- Householder, J., Hatcher, R., Burns, W., & Chasnoff, I. (1982). Infants born to narcotics-addicted mothers. *Psychological Bulletin*, 92, 453-468.
- Howes, C., Matheson, C. C., & Hamilton, C. E. (1994). Maternal, teacher, and child care history correlates of children's relationships with peers. *Child Development*, 65, 264-273.
- Howes, C., & Matheson, C. C. (1992). Sequences in the development of competent play with peers: Social and social pretend play. *Developmental Psychology*, 28, 961-974.
- Hoyer, W. J., & Rybash, J. M. (1994). Characterizing adult cognitive development. *Journal of Adult Development*, 1(1), 7-12.
- Hoyert, D. L., & Rosenberg, H. M. (1999). Mortality from Alzheimer's Disease: An update (*National Vital Statistics Reports*, 47[20]). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hoyert, D. L., Kochanek, K. D., & Murphy, S. L. (1999). Deaths: Final data for 1997 (*National Vital Statistics Reports*, 47[19]). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hu, S., Pattatucci, A. M. L., Patterson, C., Li, L., Fulker, D. W., Cherny, S. S., Kruglyak, L., & Hamer, D. H. (1995). Linkage between sexual orientation and chromosome Xq28 in males but not in females. *Nature Genetics*, 11, 248-256.
- Hu, Y., & Goldman, N. (1990). Mortality differentials by marital status: An international comparison. *Demography*, 27(2), 233-250.
- Huang, G. G. (1995). Self-reported biliteracy and self-esteem: A study of Mexican American 8th graders. *Applied Psycholinguistics*, 16, 271-291.
- Hubbard, F. O. A., & van Ijzendoorn, M. H. (1991). Maternal unresponsiveness and infant crying across the first 9 months: A naturalistic longitudinal study. *Infant Behavior and Development*, 14, 299-312.
- Hudson, J. I., & Pope, H. G. (1990). Affective spectrum disorder: Does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *American Journal of Psychiatry*, 147(5), 552-564.
- Huesmann, L. R., & Eron, L. D. (1986). *Television and the aggressive child: A cross-national perspective*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Huesmann, L. R., & Eron, L. D. (1984). Cognitive processes and the persistence of aggressive behavior. *Aggressive Behavior*, 10, 243-251.
- Huesmann, L. R. (1986). Psychological processes promoting the relation between exposure to media violence and aggressive behavior by the viewer. *Journal of Social Issues*, 42, 125-139.
- Hughes, J. R., Goldstein, M. G., Hurt, R. D., & Shiffman, S. (1999). Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *Journal of the American Medical Association*, 281, 72-76.

- Hughes, M. (1975).** *Egocentrism in preschool children*. Unpublished doctoral dissertation, Edinburgh University, Edinburgh, Scotland.
- Hultsch, D. F., Hertzog, C., Small, B. J., & Dixon, R. A. (1999).** Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychology and Aging*, 14, 245-263.
- Hultsch, D. F. (1971).** Organization and minority in adulthood. *Human Development*, 14, 16-29.
- Humphrey, L. L. (1986).** Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 395-402.
- Hunsaker, S. L., & Callahan, C. M. (1995).** Creativity and giftedness: Published instrument uses and abuses. *Gifted Child Quarterly*, 39(2), 110-114.
- Hunt, C. E., & Brouillette, R. T. (1987).** Sudden infant death syndrome: 1987 perspective. *Journal of Pediatrics*, 110(5), 669-678.
- Hunt, C. E. (1996).** Prone sleeping in healthy infants and victims of sudden infant death syndrome. *Journal of Pediatrics*, 128, 594-596.
- Huntsinger, C. S., & Jose, P. E. (1995).** Chinese American and Caucasian American family interaction patterns in spatial rotation puzzle solutions. *Merrill-Palmer Quarterly*, 41, 471-496.
- Huston, A., Donnerstein, E., Fairchild, H., Feshbach, N. D., Katz, R. A., Murray, J. R., Rubenstein, E. A., Wilcox, B. L., & Zuckerman, D. (1992).** *Big world, small screen: The role of television in American society*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Huston, A., et al. (1993).** *Big world, small screen: The role of television in American society*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Hutchings, G. (1997, April 11).** Female infanticide "will lead to army of bachelors." *International News* [On-line], 686. Available: <http://www.telegraph.co.uk:80/et?ac=000289500536618&rtmo=336916d12&atmo=336916d2&pg=/et/97/4/11/wchi11.html>
- Huttenlocher, J. (1998).** Language input and language growth. *Preventive Medicine*, 27, 195-199.
- Huttenlocher, J., Levine, S., & Vevea, J. (1998).** Environmental input and cognitive growth: A study using time-period comparisons. *Child Development*, 69, 1012-1029.
- Huttenlocher, J., Boyle, J., Cymerman, E., & Vasilyeva, M. (in preparation).** *Parent speech and child syntax: The case of complex sentences*. Unpublished manuscript.
- Huttenlocher, J., Haight, W., Bryk, A., Seltzer, M., & Lyons, T. (1991).** Early vocabulary growth: Relation to language input and gender. *Developmental Psychology*, 27, 236-248.
- Huyck, M. H. (1995).** Marriage and close relationships of the marital kind. In R. Blieszner & V. Hilkevitch (Eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 181-200). Westport, CT: Greenwood Press.
- Huyck, M. H. (1990).** Gender differences in aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3d ed., pp. 124-132). San Diego: Academic Press.
- Hwang, S. J., Beaty, T. H., Panny, S. R., Street, N. A., Joseph, J. M., Gordon, S., McIntosh, L., & Francomano, C. A. (1995).** Association study of transforming growth factor alpha (TGFA) TaqI polymorphism and oral clefts: Indication of gene-environment interaction in a population-based sample of infants with birth defects. *American Journal of Epidemiology*, 141, 629-636.
- Infant Health and Development Program (IHDP). (1990).** Enhancing the outcomes of low-birth-weight, premature infants. *Journal of the American Medical Association*, 263(22), 3035-3042.
- Ingoldsby, B. B. (1995).** Mate selection and marriage. In B. B. Ingoldsby & S. Smith (Eds.), *Families in multicultural perspective* (pp. 143-160). New York: Guilford.
- Ingram, D. D., Makuc, D., & Kleinman, J. C. (1986).** National and state trends in use of prenatal care, 1970-1983. *American Journal of Public Health*, 76(4), 415-423.
- Institute of Medicine (IOM) National Academy of Sciences. (1993, November).** *Assessing genetic risks: Implications for health and social policy*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- International Perinatal HIV Group. (1999).** The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: A meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *New England Journal of Medicine*, 340, 977-987.
- Isabella, R. A. (1993).** Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64, 605-621.
- Ishii, N., Fujii, M., Hartman, P. S., Tsuda, M., Yasuda, K., Senoo-Matsuda, N., Yanase, S., Ayusawa, D., & Suzuki, K. (1998).** A mutation in succinate dehydrogenase cytochrome b causes oxidative stress and ageing in nematodes. *Nature*, 394, 694-697.
- ISLAT Working Group (1998, July 31).** ART into science: Regulation of fertility techniques. *Science*, 281, 651-652.
- Isley, S., O'Neil, R., & Parke, R. (1996).** The relation of parental affect and control behaviors to children's classroom acceptance: A concurrent and predictive analysis. *Early Education and Development*, 7, 7-23.
- Iverson, J. M., & Goldin-Meadow, S. (1998).** Why people gesture when they speak. *Nature*, 396, 228.
- Ivy, G. O., MacLeod, C. M., Petit, T. L., & Markus, E. J. (1992).** A physiological framework for perceptual and cognitive changes in aging. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *Handbook of aging and cognition* (pp. 273-314). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Izard, C. E., Porges, S. W., Simons, R. F., Haynes, O. M., & Cohen, B. (1991).** Infant cardiac activity: Developmental changes and relations with attachment. *Developmental Psychology*, 27, 432-439.
- Izard, C. E., Haynes, O. M., Chisholm, G., & Baak, K. (1991).** Emotional determinants of infant-mother attachment. *Child Development*, 62, 906-917.
- Izard, C. E., Huebner, R. R., Resser, D., McGinness, G. C., & Dougherty, L. M. (1980).** The young infant's ability to produce discrete emotional expressions. *Developmental Psychology*, 16, 132-140.
- Jack, C. R., Jr., Petersen, R. C., Xu, Y. C., O'Brien, P. C., Smith, G. E., Ivnyk, R. J., Boeve, B. F., Waring, S. C., Tangalos, E. G., Kokmen, E. (1999).** Prediction of AD with MRI-based hippocampal volume in mild cognitive impairment. *Neurology*, 22, 1397-1403.
- Jack, C. R., Jr., Petersen, R. C., Xu, Y., O'Brien, P. C., Smith, G. E., Ivnyk, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1998).** Rate of medial temporal lobe atrophy in typical aging and Alzheimer's disease. *Neurology*, 51, 993-999.
- Jackson, R. S., Creemers, J. W. M., Ohagi, S., Raffin-Sanson, M. L., Sanders, L., Montague, C. T., Flutton, J. C., & O'Rahilly, S. (1997).** Obesity and impaired prohormone processing associated with mutations in the human prohormone convertase 1 gene. *Nature Genetics*, 16, 303-306.
- Jacobsen, T., & Hoffmann, V. (1997).** Children's attachment representations: Longitudinal relations to school behavior and academic competency in middle childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 33, 703-710.
- Jacobson, S. W., Jacobson, J. L., Sokol, R. J., Martier, S. S., & Ager, J. W. (1993).** Prenatal alcohol exposure and infant information processing ability. *Child Development*, 64, 1706-1721.
- Jacobson, J. L., & Wille, D. E. (1986).** The influence of attachment pattern on

- developmental changes in peer interaction from the toddler to the preschool period. *Child Development*, 57, 338-347.
- Jacques, E. (1967).** The mid-life crisis. In R. Owen (Ed.), *Middle age*. London: BBC.
- Jadack, R. A., Hyde, J. S., Moore, C. F., & Keller, M. I. (1995).** Moral reasoning about sexually transmitted ideseuses. *Child Development*, 66, 167-177.
- Jagers, R., J., Bingham, K., & Hans, S. L. (1996).** Socialization and social judgments among inner-city African-American kindrcgartners. *Child Development*, 67, 140-150.
- James, J. B., & Lewkowicz, C. J. (1997).** Themes of power and affiliation across time. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 109-143). Chicago: University of Chicago Press.
- James, W. (1950).** *The principles of psychology* (2 vols.). New York: Dover. (Original work published 1890)
- Jankowiak, W. (1992).** Father-child relations in urban China. *Father-child relations: Cultural and bisocial contexts* (pp. 345-363). New York: de Gruyter.
- Janowsky, J. S., & Carper, R. (1996).** Is there a neural basis for cognitive transitions in school-age children? In A. J. Sameroff & M. M. Haith (Eds.), *Thefive to seven year shift: The age of reason and responsibility* (pp. 33-56). Chicago: University of Chicago Press.
- Jarrell, R. H. (1998).** Play and its influence on the development of young children's mathematical thinking. In D. P. Fromberg & D. Bergen (Eds.), *Playfrom birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (pp. 56-67). New York: Garland.
- Jaslow, C. K. (1982).** *Teenage pregnancy* (ERIC/CAPS Fact Sheet). Ann Arbor, MI: Counseling and Personnel Services Clearing House.
- Jay, M. S., DuRant, R. H., Shoffitt, T., Linder, C. W., & Litt, I. F. (1984).** Effect of peer counselors on adolescent compliance in use of oral contraceptives. *Pediatrics*, 73, 126-131.
- Jefferson, J. W., & Greist, J. H. (1993).** *Depression and older people: Recognizing hidden signs and taking steps toward recovery*. Madison, WI: Pratt Pharmaceuticals.
- Jeffery, H.E., Megevand, M., & Page, M. (1999).** Why the prone position is a risk factor for sudden infant death syndrome. *Pediatrics*, 104, 263-269.
- Jendrek, M. P. (1994).** Grandparents who parent grandchildren: Circumstances and decisions. *The Gerontologist*, 34, 206-216.
- Jensen, A. R. (1969).** How much can we boost IQ and scholastic achievement? *Harvard Educational Review*, 39, 1-123.
- Jerger, J., Chmiel, R., Wilson, N., & Luchi, R. (1995).** Hearing impairment in older adults: New concepts. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 928-935.
- Ji, B. T., Shu, X. O., Linet, M. S., Zheng, W., Wacholder, S., Gao, Y. T., Ying, D. M., & Jin, F. (1997).** Paternal cigarette smoking and the risk of childhood cancer among offspring of nonsmoking mothers. *Journal of the National Cancer Institute*, 89, 238-244.
- Jiao, S., Ji, G., & Jing, Q. (1986).** Comparative study of behavioral qualities of only children and sibling children. *Child Development*, 57, 357-361.
- Jiao, S., Ji, G., & Jing, Q. (1996).** Cognitive development of Chinese urban only children and children with siblings. *Child Development*, 67, 387-395.
- Johnson, J. E. (1998).** Play development from ages four to eight. In D. P. Fromberg & D. Bergen (Eds.), *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (pp. 145-153). New York: Garland.
- Johnson, M. O. (1996).** Television violence and its effect on children. *Journal of Pediatric Nursing*, 11, 94-98.
- Johnson, M. H. (1998).** The neural basis of cognitive development. In D. Kuhn & R. S. Siegler (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language* (5th ed., pp. 1-49). New York: Wiley.
- Johnson, C. L. (1995).** Cultural diversity in the late-life family. In R. Blieszner & V. Hilkevitch (Eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 307-331). Westport, CT: Greenwood Press.
- Johnson, C. L. (1985).** *Growing up and growing old in Italian-American families*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Johnson, S. L., & Birch, L. L. (1994).** Parents' and children's adiposity and eating styles. *Pediatrics*, 94, 653-661.
- Johnson, R. A., Hoffmann, J. P., & Gerstein, D. R. (1996).** *The relationship between family structure and adolescent substance use* (DHHS Publication No. SMA 96-3086). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Johnson, M. M. S., Schmitt, F. A., & Everard, K. (1994).** *Task driven strategies: The impact of age and Information on decision-making performance*. Unpublished manuscript, University of Kentucky, Lexington.
- Johnson, C. L., & Catalano, D. J. (1981).** Childless elderly and their family supports. *The Gerontologist*, 27(6), 610-618.
- Johnson, C. L., & Troll, L. (1992).** Family functioning in late late life. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47(2), S66-72.
- Johnson, C. L., & Troll, L. (1994).** Constraints and facilitators to friendships in late late life. *The Gerontologist*, 34, 79-87.
- Johnson, M. M. S. (1990).** Age differences in decision making: A process methodology for examining strategic information processing. *Journal of Gerontology. Psychological Sciences*, 45, P75-78.
- Johnson, S. J., & Rybash, J. M. (1993).** A cognitive neuroscience perspective on age-related slowing: Developmental changes in the functional architecture. In J. Cerella, J. M. Rybash, W. J. Hoyer, & M. L. Commons (Eds.), *Adult information processing: Limits on loss* (pp. 143-175). San Diego: Academic Press.
- Johnson, T. E. (1990).** Age-1 mutants of *Caenorhabditis elegans* prolong life by modifying the Gompertz rate of aging. *Science*, 229, 908-912.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1999).** *National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study, 1975-1998 (Vol. II): College students and young adults* (NIH Publication No. 99-4661). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Johnston, J., & Ettema, J. S. (1982).** *Positive images: Breaking stereotypes with children's television*. Newbury Park, CA: Sage.
- Jones, C. L., Tepperman, L., & Wilson, S. J. (1995).** *The future of the family*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Jones, H. W., & Toner, J. P. (1993).** The infertile couple. *New England Journal of Medicine*, 329, 1710-1715.
- Jones, M. C. (1957).** The late careers of boys who were early- or late-maturing. *Child Development*, 28, 115-128.
- Jones, N. A., Field, T., Fox, N. A., Lundy, B., & Davalos, M. (1997).** *EEG activation in one-month-old infants of depressed mothers*. Unpublished manuscript, Touch Research Institute, University of Miami School of Medicine.
- Jones, N. A., Field, T., Fox, N. A., Davalos, M., Lundy, B., & Hart, S. (1998).** Newborns of mothers with depressive symptoms are physiologically less developed. *Infant Behavior & Development*, 27(3), 537-541.
- Jones, S. S. (1996).** Imitation or exploration? Young infants' matching of adults' oral gestures. *Child Development*, 67, 1952-1969.
- Jones, M. C. (1958).** The study of socialization patterns at the high school level. *Journal of Genetic Psychology*, 93, 87-111.

- Jordan, G. H., & Schellhammer, P. F. (1998, Fall). New drugs for the management of erectile dysfunction. *Virginia Prostate Center Newsletter*, 3(2), p. 3.
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures: A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States* (4th ed.). Prospect Heights, IL: Waveland Press. (Original work published 1978)
- Joshiyura, K. J., Ascherio, A., Manson, J. E., Stampfer, M. H., Rim, E. B., Speizer, F. E., Hennekens, C. H., Spiegelman, D., & Willett, W. C. (1999). Fruit and vegetable intake in relation to risk of ischemic stroke. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1233-1239.
- Jouriles, E. N., & Norwood, W. D. (1995). Physical aggression toward boys and girls in families characterized by the battering of women. *Journal of Family Psychology*, 9(1), 69-78.
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt Brace.
- Jung, C. G. (1971). Aion: Phenomenology of the self (the ego, the shadow, the syzygy: Anima/animus). In J. Campbell (Ed.), *The Portable Jung*. New York: Viking Penguin.
- Jung, C. G. (1953). The stages of life. In H. Read, M. Fordham, & G. Adler (Eds.), *Collected works* (Vol. 2). Princeton, NJ: Princeton University Press. (Original work published 1931)
- Jung, C. G. (1966). Two essays on analytic psychology. In *Collected works* (Vol. 7). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1969). *The structure and dynamics of the psyche*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jusczyk, P. W. (in press). The role of speech perception capacities in early language acquisition. In M. T. Banich & M. Mack (Eds.), *Mind, brain, and language: Multidisciplinary perspectives*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Jusczyk, P. W., & Hohne, E. A. (1997). Infants' memory for spoken words. *Science*, 277, 1984-1986.
- Jussim, L., Eccles, J., & Madon, S. (1996). Social perception, social stereotypes, and teacher expectations: Accuracy and the quest for the powerful self-fulfilling prophecy. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 28, pp. 281-388). San Diego: Academic.
- Kaback, M., Lim-Steele, J., Dabholkar, D., Brown, D., Levy, N., & Zeiger, K., for the International TSD Data Collection Network. (1993). Tay-Sachs disease—Carrier screening, prenatal diagnosis, and the molecular era. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2307-2315.
- Kagan, J., Snidman, N., & Arcus, D. (1998). Childhood derivatives of high and low reactivity. *Child Development*, 69, 1483-1702.
- Kagan, J., Arcus, D., Snidman, N., Wang, Y. E., Hendler, J., & Greene, S. (1994). Reactivity in infants: A cross-national comparison. *Developmental Psychology*, 30, 342-345.
- Kagan, J., & Snidman, N. (1991a). Infant predictors of inhibited and uninhibited behavioral profiles. *Psychological Science*, 2, 40-44.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child Development*, 68, 139-143.
- Kagan, J., & Snidman, N. (1991b). Temperamental factors in human development. *American Psychologist*, 46, 856-862.
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Gibbons, J. (1989). Inhibited and uninhibited types of children. *Child Development*, 60, 838-845.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 55, 2212-2225.
- Kagan, J. (1989). *Unstable ideas: Temperament, cognition, and self*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kahana, B., & Kahana, E. (1970). Grandparenthood from the perspective of the developing grandchild. *Developmental Psychology*, 3, 98-105.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In P. B. Baltes & O. G. Brim, Jr (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp. 253-286). New York: Academic Press.
- Kail, R. (1991). Processing time declines exponentially during childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 27, 259-266.
- Kail, R. (1997). Processing time, imagery, and spatial memory. *Journal of Experimental Child Psychology*, 64, 67-78.
- Kail, R., & Park, Y. (1994). Processing time, articulation time, and memory span. *Journal of Experimental Child Psychology*, 57, 281-291.
- Kaiser, M. A. (1993). The productive roles of older people in developing countries: What are the implications of economic, social, and cultural participation? *Generations*, 77(4), 65-69.
- Kalish, C. W. (1998). Young children's predictions of illness: Failure to recognize probabilistic cause. *Developmental Psychology*, 34(5), 1046-1058.
- Kalmuss, D. S., & Straus, M. A. (1982). Wife's marital dependency and wife abuse. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 277-286.
- Kamin, L. J. (1981). Commentary. In S. Scarr (Ed.), *Race, social class, and individual differences in IQ*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kamin, L. J. (1974). *The science and politics of IQ*. Potomac, MD: Erlbaum.
- Kandel, D. B., Davies, M., Karus, D., & Yamaguchi, K. (1986). The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. *Archives of General Psychiatry*, 43, 746-754.
- Kane, R. L., Wales, J., Bernstein, L., Leibowitz, A., & Kaplan, S. (1984, April 21). A randomized controlled trial of hospice care. *The Lancet*, pp. 890-894.
- Kannus, R., Parkkari, J., Koskinen, S., Niemi, S., Palvanen, M., Jarvinen, M., & Vuori, I. (1999). Fall-induced injuries and deaths among older adults. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1895-1899.
- Kaplan, H., & Dove, H. (1987). Infant development among the Ache of East Paraguay. *Developmental Psychology*, 23, 190-198.
- Kaplowitz, P. B., Oberfield, S. E., & the Drug and Therapeutics and Executive Committees of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. (1999). Reexamination of the age limit for defining when puberty is precocious in girls in the United States: Implications for evaluation and treatment. *Pediatrics*, 104, 936-941.
- Karlinsky, H., Lennox, A., & Rossor, M. (1994). Alzheimer's disease and genetic testing. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 8(2), 63-65.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3-34.
- Katchadourian, H. (1987). *Fifty: Midlife in perspective*. New York: Freeman.
- Katz, L. E., & Gottman, J. M. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 29, 940-950.
- Katz, S., Branch, L. G., Branson, M. H., Papsidero, J. A., Beck, J. C., & Greer, D. S. (1983). Active life expectancy. *New England Journal of Medicine*, 309, 1218-1224.
- Katzev, A. R., Warner, R. L., & Acock, A. C. (1994). Girl or boy? Relationship of child gender to marital instability. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 89-100.
- Katzman, R. (1993). Education and prevalence of Alzheimer's disease. *Neurology*, 43, 13-20.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 186-192.

- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1983).** *Kaufman assessment battery for children: Administration and scoring manual.* Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Kaufman, T. S. (1993).** *The combined family: A guide to creating successful step-relationships.* New York: Plenum.
- Kausler, I. H. (1990).** Automaticity of encoding and episodic memory processes. In E. A. Lovelace (Ed.). *Aging and cognition: Mental processes, self-awareness, and interventions* (pp. 29-67). Amsterdam: North-Holland, Elsevier.
- Kawachi, I., Colditz, G. A., Ascherio, A., Rimm, E. B., Giovannucci, E., Stampfer, M. J., & Willett, W. C. (1996).** A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *Journal of Epidemiology and Community Health, 50*, 245-251.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P. S., & Weiss, S. T. (1994).** Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: The Normative Aging Study. *Circulation, 90*, 2225-2229.
- Kawachi, I., Colditz, G. A., Ascherio, A., Rimm, E. B., Giovannucci, E., Stampfer, M. J., & Willett, W. C. (1994).** Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation, 89*, 1992-1997.
- Kawachi, I., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Manson, J. E., Rosner, B., Speizer, F. E., & Hennekens, C. H. (1993).** Smoking cessation and decreased risk of stroke in women. *Journal of the American Medical Association, 269*, 232-236.
- Kawachi, I., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Manson, J. E., Speizer, F. E., & Hennekens, C. H. (1995).** Prospective study of shift work and risk of coronary heart disease in women. *Circulation, 92*, 3178-3182.
- Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Hsu, L. K. G., & Bulik, C. M. (1991).** An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry, 52*, 464-471.
- Keegan, R. T. (1996).** Creativity from childhood to adulthood: A difference of degree and not of kind. *New Directions for Child Development, 72*, 57-66.
- Keegan, R. T., & Gruber, H. E. (1985).** Charles Darwin's unpublished "Diary of an Infant": An early phase in his psychological work. In G. Eckardt, W. G. Bringmann, & L. Sprung (Eds.), *Contributions to a history of developmental psychology: International William T. Preyer Symposium* (pp. 127-145). Berlin, Germany: Walter de Gruyter.
- Keel, P. K., & Mitchell, J. E. (1997).** Outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 154*, 313-321.
- Keeney, T. J., Canizzo, S. R., & Flavell, J. H. (1967).** Spontaneous and induced verbal rehearsal in a recall task. *Child Development, 38*, 953-966.
- Keith, P. M. (1983).** A comparison of the resources of parents and childless men and women in very old age. *Family Relations, 32*, 403-409.
- Kelleher, K. J., Casey, P. H., Bradley, R. H., Pope, S. K., Whiteside, L., Barrett, K. W., Swanson, M. E., & Kirby, R. S. (1993).** Risk factors and outcomes for failure to thrive in low birth weight preterm infants. *Pediatrics, 91*, 941-948.
- Keller, H. (1905).** *The story of my life.* New York: Grosset & Dunlap.
- Keller, H. (1920).** *The world I live in.* New York: Century. (Original work published 1908)
- KeUer, H. (1929).** *The bereaved.* New York: Leslie Fulenwider, Inc.
- Kelley, M. L., Smith, T. S., Green, A. P., Berndt, A. E., & Rogers, M. C. (1998).** Importance of fathers' parenting to African-American-toddler's social and cognitive development. *Infant Behavior & Development, 21*, 733-744.
- Kellogg, R. (1970).** Understanding children's art. In P. Cramer (Ed.), *Readings in developmental psychology today.* Delmar, CA: CRM.
- Kelly, J. B. (1987, August).** *Longer-term adjustment in children of divorce: Converging findings and implications for practice.* Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, New York, NY.
- Kelly, J. B. (1982).** Divorce: The adult perspective. In B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kelly, J. R. (1987).** *Peoria winter: Styles and resources in later life.* Lexington, MA: Lexington.
- Kelly, J. R. (1994).** Recreation and leisure. In A. Monk (Ed.), *The Columbia retirement handbook* (pp. 489-508). New York: Columbia University Press.
- Kelly, J. R., Steinkamp, M., & Kelly, J. (1986).** Later life leisure: How they play in Peoria. *The Gerontologist, 26*, 531-537.
- Kemp, J. S., Livne, M., White, D. K., & Arfken, C. L. (1998).** Softness and potential to cause rebreathing: Differences in bedding used by infants at high and low risk for sudden infant death syndrome. *Journal of Pediatrics, 132*, 234-239.
- Kemper, T. L. (1994).** Neuroanatomical and neuropathological changes during aging and dementia. In M. L. Albert & J. E. Knofel (Eds.), *Clinical neurology of aging* (pp. 3-67). New York: Oxford University Press.
- Kendall-Tackett, K. A. (1997, July 7).** *Postpartum depression and the breastfeeding mother.* Paper presented to the 25th Annual Seminar for Physicians on Breastfeeding, sponsored by La Leche League International, the American Academy of Pediatrics, and the American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993).** Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin, 113*(1), 164-180.
- Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., & Eaves, L. (1991).** The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1627-1637.
- Kenny, P., & Turkewitz, G. (1986).** Effects of unusually early visual stimulation on the development of homing behavior in the rat pup. *Developmental Psychobiology, 19*, 57-66.
- Kernan, M. (1993, June).** The object at hand. *Smithsonian*, pp. 14-16.
- Kerns, K. A., Don, A., Mateer, C. A., & Streissguth, A. P. (1997).** Cognitive deficits in nonretarded adults with fetal alcohol syndrome. *Journal of Learning Disabilities, 30*, 685-693.
- Keyes, C. L. M., & Ryff, C. D. (1999).** Psychological well-being in midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle* (pp. 161-180). San Diego: Academic Press.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Fisher, L. D., Ogrocki, R., Stout, J. C., Speicher, C. E., & Glaser, R. (1987).** Marital quality, marital disruption, and immune function. *Psychosomatic Medicine, 49*, 13-34.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Garner, W., Speicher, C. E., Penn, G. M., Holliday, J., & Glaser, R. (1984).** Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosomatic Medicine, 46*, 7-14.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1995).** Psychoneuroimmunology and health consequences: Data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine, 57*, 269-274.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1999).** Chronic stress and mortality among older adults. *Journal of the American Medical Association, 282*, 2259-2260.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Shuttlesworth, E. C., Dyer, C. S., Ogrocki, P., & Speicher, C. E. (1987).** Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosomatic Medicine, 49*, 523-535.

- Kiecolt-Glaser, J. K., Newton, T., Cacioppo, J. T., MacCallum, R. C., Glaser, R., & Malarkey, W. B. (1996). Marital conflict and endocrine function: Are men really more physiologically affected than women? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 324-332.
- Kier, C., & Lewis, C. (1998). Preschool sibling interaction in separated and married families: Are same-sex pairs or older sisters more sociable? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 191-201.
- Kimball, M. M. (1986). Television and sex-role attitudes. In T. M. Williams (Ed.), *The impact of television: A natural experiment in three communities* (pp. 265-301). Orlando, FL: Academic Press.
- Kimmel, D. (1990). *Adulthood and aging: An interdisciplinary, developmental view*. New York: Wiley.
- Kimmel, D. C., & Sang, B. E. (1995). Lesbians and gay men in midlife. In A. R. D'Augelli & C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 190-214). New York: Oxford University Press.
- King, B. M. (1996). *Human sexuality today*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- King, C., Siegel, M., Celebucki, C., & Connolly, G. N. (1998). Adolescent exposure to cigarette advertising in magazines. *Journal of the American Medical Association, 279*, 1-520.
- Kinney, H. C., Filiano, J. J., Sleeper, L. A., Mandell, F., Valdes-Dapena, M., & White, W. F. (1995). Decreased muscarinic receptor binding in the arcuate nucleus in Sudden Infant Death Syndrome. *Science, 269*, 1446-1450.
- Kinsella, K., & Gist, Y. J. (1995). *Older workers, retirement, and pensions: A comparative international charthook* (International Population Center Report IPC/95-2). Washington, DC: U.S. Bureau of the Census.
- Kinsman, S., Romer, D., Furstenberg, F. F., & Schwarz, D. F. (1998). Early sexual initiation: The role of peer norms. *Pediatrics, 102*, 1185-1192.
- Kirby, D. (1997). *No easy answers: Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirsch, I. S., Jenkins, L., Jungeblut, A., & Kolstad, A. (1993). *Adult literacy in America: A first look at the results of the National Adult Literacy Survey*. Princeton, NJ: Educational Testing Service.
- Kisilevsky, B. S., Hains, S. M. J., Lee, K., Muir, D. W., Xu, F., Fu, G., Zhao, Z. Y., & Yang, R. L. (1998). The still-face effect in Chinese and Canadian 3- to 6-month-old infants. *Developmental Psychology, 34*(4), 629-639.
- Kisilevsky, B. S., Muir, D. W., & Low, J. A. (1992). Maturation of human fetal responses to vibroacoustic stimulation. *Child Development, 63*, 1497-1508.
- Kitson, G. C., & Morgan, L. A. (1990). The multiple consequences of divorce: A decade review. *Journal of Marriage and Family Therapy, 52*, 913-924.
- Kitson, G. C., & Roach, M. J. (1989). Independence and social and psychological adjustment in widowhood and divorce. In D. A. Lund (Ed.), *Older bereaved spouses: Research with practical implications*. New York: Hemisphere.
- Kivett, V. R. (1991). Centrality of the grandfather role among older rural black and white men. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 46*(5), S250-S258.
- Klar, A. J. S. (1996). A single locus, RGHT, specifies preference for hand utilization in humans. In *Cold Spring Harbor Symposia on Quantitative Biology* (Vol. 61, pp. 59-65). Cold Spring Harbor, NY: Cold Spring Harbor Laboratory Press.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1976). *Maternal-infant bonding*. St. Louis, MO: Mosby.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Parent-infant bonding* (2nd ed). St. Louis, MO: Mosby.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1997). The doula: An essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatrica, 86*, 1034-1036.
- Klebanov, P. K., Brooks-Gunn, J., McCarton, C., & McCormick, M. C. (1998). The contribution of neighborhood and family income to developmental test scores over the first three years of life. *Child Development, 69*(5), 1420-1436.
- Klebanov, P. K., Brooks-Gunn, J., & McCormick, M. C. (1994). Classroom behavior of very low birth weight elementary school children. *Pediatrics, 94*, 700-708.
- Klein, K., Forehand, R., Armistead, L., & Long, P. (1997). Delinquency during the transition to early adulthood: Family and parenting predictors from early adolescence. *Adolescence, 32*, 61-80.
- Kleinberg, F. (1984). Sudden infant death syndrome. *Mayo Clinic Proceedings, 59*, 352-357.
- Klesges, R. C., Klesges, L. M., Eck, L. H., & Shelton, M. L. (1995). A longitudinal analysis of accelerated weight gain in preschool children. *Pediatrics, 95*, 126-130.
- Kliegman, R., Madura, D., Kiwi, R., Eisenberg, I., & Yamashita, T. (1994). Relation of maternal cocaine use to the risk of prematurity and low birth weight. *Journal of Pediatrics, 124*, 751-756.
- Kline, D. W., Kline, T. J. B., Fozard, J. L., Kosnik, W., Schieber, F., & Sekuler, R. (1992). Vision, aging, and driving: The problems of older drivers. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 47*(1), P27-34.
- Kline, D. W., & Scialfa, C. T. (1996). Visual and auditory aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 191-208). San Diego: Academic Press.
- Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A metaanalysis. *Psychological Bulletin, 125*, 470-500.
- Kling, K. C., Seltzer, M. M., & Ryff, C. D. (1997). Distinctive late-life challenges: Implications for coping and well-being. *Psychology and Aging, 12*, 288-295.
- Klohn, E. C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 1067-1079.
- Klohn, E. C., Vandewater, E., & Young, A. (1996). Negotiating the middle years: Ego-resiliency and successful midlife adjustment in women. *Psychology and Aging, 11*, 431-442.
- Klonoff-Cohen, H. S., Edelstein, S. L., Lefkowitz, E. S., Srinivasan, I. P., Kaegi, D., Chang, J. C., & Wiley, K. J. (1995). The effects of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *Journal of the American Medical Association, 273*, 795-798.
- Knoop, R. (1994). Relieving stress through value-rich work. *Journal of Social Psychology, 134*, 829-836.
- Kochanska, G. (1992). Children's interpersonal influence with mothers and peers. *Developmental Psychology, 28*, 491-499.
- Kochanska, G. (1993). Toward a synthesis of parental socialization and child temperament in early development of conscience. *Child Development, 64*, 325-437.
- Kochanska, G. (1995). Children's temperament, mothers' discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalization. *Child Development, 66*, 597-615.
- Kochanska, G. (1997a). Multiple pathways to conscience for children with different temperaments: From toddlerhood to age 5. *Developmental Psychology, 33*, 228-240.
- Kochanska, G. (1997b). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization. *Child Development, 68*, 94-112.

- Kochanska, G., & Aksan, N. (1995).** Mother-child positive affect, the quality of child compliance to requests and prohibitions, and maternal control as correlates of early internalization. *Child Development, 66*, 236-254.
- Kochanska, G., Aksan, N., & Koenig, A. L. (1995).** A longitudinal study of the roots of preschoolers' conscience: Committed compliance and emerging internalization. *Child Development, 66*, 1752-1769.
- Kochanska, G., Murray, K., & Coy, K. C. (1997).** Inhibitory control as a contributor to conscience in childhood: From toddler to early school age. *Child Development, 68*, 263-277.
- Kochanska, G., Tjebkes, T. L., & Forman, D. R. (1998).** Children's emerging regulation of conduct: Restraint, compliance, and internalization from infancy to the second year. *Child Development, 69*(5), 1378-1389.
- Kochenderfer, B. H., & Ladd, G. W. (1996).** Peer victimization: Cause or consequence of school maladjustment? *Child Development, 67*, 1305-1317.
- Koechlin, E., Basso, G., Pietrini, R., Panzer, S., & Grafman, J. (1999).** The role of the anterior prefrontal cortex in human cognition. *Nature, 399*, 148-151.
- Koenig, H. G. (1994).** *Aging and God*. New York: Haworth.
- Koenig, H. G., George, L. K., & Peterson, B. L. (1998).** Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry, 155*, 536-542.
- Koenig, H. G., George, L. K., & Siegler, I. C. (1988).** The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist, 28*(3), 303-310.
- Koenig, H. G., Kevala, J. N., & Ferrei, C. (1988).** Religion and well-being in later life. *The Gerontologist, 28*(1), 18-28.
- Kogan, M. D., Martin, J. A., Alexander, G. R., Kotelchuck, M., Ventura, S. J., & Frigoletto, E. D. (1998).** The changing pattern of prenatal care utilization in the United States, 1981-1995, using different prenatal care indices. *Journal of the American Medical Association, 279*, 1623-1628.
- Kohlberg, L. (1966).** A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Kohlberg, L. (1969).** Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally.
- Kohlberg, L. (1973).** Continuities in childhood and adult moral development revisited. In P. Baltes & K. W. Schaie (Eds.), *Life-span developmental psychology: Personality and socialization* (pp. 180-207). New York: Academic Press.
- Kohlberg, L. (1981).** *Essays on moral development*. San Francisco: Harper & Row.
- Kohlberg, L., & Giligan, C. (1971, Fall).** The adolescent as a philosopher: The discovery of the self in a postconventional world. *Daedalus*, pp. 1051-1086.
- Kohlberg, L., & Ryncarz, R. A. (1990).** Beyond justice reasoning: Moral development and consideration of a seventh stage. In C. N. Alexander & E. J. Langer (Eds.), *Higher stages of human development* (pp. 191-207). New York: Oxford University Press.
- Kohlberg, L., Yaeger, J., & Hjertholm, E. (1968).** Private speech: Four studies and a review of theories. *Child Development, 39*, 691-736.
- Kohn, M. L. (1980).** Job complexity and adult personality. In N. J. Smelser & E. H. Erikson (Eds.), *Themes of work and love in adulthood*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kohn, M. L., & Schooler, C. (1983).** The cross-national universality of the interpretive model. In M. L. Kohn & C. Schooler (Eds.), *Work and personality: An inquiry into the impact of social stratification* (pp. 281-295). Norwood, NJ: Ablex.
- Koivula, L., Sten, M., & Makela, P. H. (1999).** Prognosis after community-acquired pneumonia in the elderly. *Archives of Internal Medicine, 159*, 1550-1555.
- Kolata, G. (1999, March 29).** Fetuses treated through umbilical cords. *The New York Times*, p. C3.
- Kolata, G. (1999, March 9).** Pushing limits of the human life span. *The New York Times* [On-line], Available: <http://www.nytimes.com/library/national/science/030999sci-aging.html>
- Kolata, G. (2000, April 6).** Estrogen question gets tougher: Major study casts doubt on common wisdom on heart role. *New York Times*, p. A22.
- Kolbert, E. (1994, January 11).** Canadians curbing TV violence. *The New York Times*, pp. C15-C19.
- Kopka, T. L. C., Schantz, N. B., & Korb, R. A. (1998).** *Adult education in the 1990s: A report on the 1991 National Household Education Survey* (Working Paper No. 98-03). Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- Kopp, C. B. (1982).** Antecedents of self-regulation. *Developmental Psychology, 18*, 199-214.
- Kopp, C. B., & Kaler, S. R. (1989).** Risk in infancy: Origins and implications. *American Psychologist, 44*(2), 224-230.
- Kopp, C. B., & McCall, R. B. (1982).** Predicting later mental performance for normal, at-risk, and handicapped infants. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 4). New York: Academic Press.
- Koren, G., Pastuszak, A., & Ito, S. (1998).** Drugs in pregnancy. *New England Journal of Medicine, 338*, 1128-1137.
- Korner, A. (1996).** Reliable individual differences in preterm infants' excitation management. *Child Development, 67*, 1793-1805.
- Korner, A. F., Zeanah, C. H., Linden, J., Berkowitz, R. I., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (1985).** The relationship between neonatal and later activity and temperament. *Child Development, 56*, 38-42.
- Kornhaber, A. (1986).** Between parents and grandparents. New York: St. Martin's.
- Kornhaber, A., & Woodward, K. L. (1981).** *Grandparents/grandchildren: The vital connection*. Garden City, NY: Anchor/Doubleday.
- Korte, D., & Scaer, R. (1984).** *A good birth, a safe birth*. New York: Bantam.
- Kosnik, W., Winslow, L., Kline, D., Rasinski, K., & Sekuler, R. (1988).** Visual changes in daily life throughout adulthood. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 43*(3), P63-70.
- Kottak, C. P. (1994).** *Cultural anthropology*. New York: McGraw-Hill.
- Koutstaal, W., Schacter, D. L., Johnson, M. K., Angell, K. E., & Gross, M. S. (1998).** Post-event review in older and younger adults: Improving memory accessibility of complex everyday events. *Psychology and Aging, 13*, 277-296.
- Krach, C. A., & Velkoff, V. A. (1999).** Centenarians in the United States (U.S. Bureau of the Census, Current Population Reports, Series P23-1999RV). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Kraemer, H. C., Korner, A., Anders, T., Jacklin, C. N., & Dimiceli, S. (1985).** Obstetric drugs and infant behavior: A reevaluation. *Journal of Pediatric Psychology, 10*, 345-353.
- Krall, E. A., & Dawson-Hughes, B. (1994).** Walking is related to bone density and rates of bone loss. *American Journal of Medicine, 96*, 20-26.
- Kramarow, E., Lentzner, H., Rooks, R., Weeks, J., & Saydah, S. (1999).** *Health and Aging Chartbook from Health, United States, 1999*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Kramer, A. E., Hahn, S., McAuley, E., Cohen, N. J., Banich, M. T., Harrison, C.,**

- Chason, J., Boileau, R. A., Bardell, L., Colcombe, A., & Vakil, E. (1999). Ageing, fitness and neurocognitive function. *Nature*, 400, 418-419.
- Kramer, M. S., Platt, R., Yang, H., Joseph, K. S., Wen, S. W., Morin, L., & Usher, R. H. (1998). Secular trends in preterm birth: A hospital-based cohort study. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1849-1854.
- Krause, N. (1995). Religiosity and self-esteem among older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 50B, P236-246.
- Krauss, S., Concordet, J. R., & Ingham, P. W. (1993). A functionally conserved homolog of the *Drosophila* segment polarity gene *hh* is expressed in tissues with polarizing activity in zebrafish embryos. *Cell*, 75, 1431-1444.
- Kreutzer, M., Leonard, C., & Flavell, J. (1975). An interview study of children's knowledge about memory. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 40 (1, Serial No. 159).
- Krevans, J., & Gibbs, J. C. (1996). Parents' use of inductive discipline: Relations to children's empathy and prosocial behavior. *Child Development*, 67, 3263-3277.
- Krieger, D. (1982). Cushing's syndrome. *Monographs in Endocrinology*, 22, 1-142.
- Kristen, E. (1999). The struggle for same-sex marriage continues. *Berkeley Women's Law Journal*, 14, 104-115.
- Kristensen, R., Judge, M. E., Thim, L., Ribell, U., Christjansen, K. N., Wulff, B. S., Clausen, J. T., Jensen, P. B., Madsen, O. D., Vrang, N., Larsen, P. J., & Hastrup, S. (1998). Hypothalamic CART is a new anorectic peptide regulated by leptin. *Nature*, 393, 72-76.
- Kristof, N. D. (1990, December 6). At 102, he's back in school, with many like him. *The New York Times*, p. A4.
- Kristof, N. D. (1991, June 17). A mystery from China's census: Where have young girls gone? *The New York Times*, pp. A1, A8.
- Kristof, N. D. (1993, July 21). Peasants of China discover new way to weed out girls. *The New York Times*, pp. A1, A6.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60, 50-155.
- Kroger, J. (1993). Ego identity: An overview. In J. Kroger (Ed.), *Discussions on ego identity*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kroger, J., & Haslett, S. J. (1991). A comparison of ego identity status transition pathways and change rates across five identity domains. *International Journal of Aging and Human Development*, 32, 303-330.
- Krombholz, H. (1997). Physical performance in relation to age, sex, social class and sports activities in kindergarten and elementary school. *Perceptual and Motor Skills*, 84, 1168-1170.
- Krueger, J., Heckhausen, J., & Hundertmark, J. (1995). Perceiving middle-aged adults: Effects of stereotype-congruent and incongruent information. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 50B, P82-93.
- Krug, E. G., Kresnow, M.-J., Peddicord, J. P., Dahlberg, L. L., Powell, K. E., Crosby, A. E., & Annett, J. L. (1998). Suicide after natural disasters. *New England Journal of Medicine*, 338, 373-378.
- Ku, L. C., Sonenstein, F. L., & Pleck, J. H. (1992). The association of AIDS education and sex education with sexual behavior and condom use among teenage men. *Family Planning Perspectives*, 24, 100-106.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Kübler-Ross, E. (1970). *On death and dying* [Paperback], New York: Macmillan.
- Kübler-Ross, E. (Ed.). (1975). *Death: The final stage of growth*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Kuczynski, L., & Kochanska, G. (1995). Function and content of maternal demands: Developmental significance of early demands for competent action. *Child Development*, 66, 616-628.
- Kuhl, P. K., Andruski, J. E., Chistovich, I. A., Chistovich, L. A., Kozhevnikova, E. V., Ryskina, V. L., Stolyarova, E. L., Sundberg, U., & Lacerda, F. (1997). Cross-language analysis of phonetic units in language addressed to infants. *Science*, 277, 684-686.
- Kuhl, P. K., Williams, K. A., Lacerda, E., Stevens, K. N., & Lindblom, B. (1992). Linguistic experience alters phonetic perception in infants by 6 months of age. *Science*, 255, 606-608.
- Kuhn, D., Garcia-Mila, M., Zohar, A., & Andersen, C. (1995). Strategies of knowledge acquisition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(4, Serial No. 245).
- Kujala, U. M., Kaprio, J., Sarna, S., & Koskenvuo, M. (1998). Relationship of leisure-time physical activity and mortality: The Finnish Twin Cohort. *Journal of the American Medical Association*, 279, 440-444.
- Kumar, C., & Puri, M. (1983). *Mahatma Gandhi: His life and influence*. New York: Franklin Watts.
- Kupersmidt, J. B., & Coie, J. D. (1990). Preadolescent peer status, aggression, and school adjustment as predictors of externalizing problems in adolescence. *Child Development*, 61, 1350-1362.
- Kupfersmid, J., & Wonderly, D. (1980). Moral maturity and behavior: Failure to find a link. *Journal of Youth and Adolescence*, 9(3), 249-261.
- Kurdek, L. A. (1995). Assessing multiple determinants of relationship commitment in cohabiting gay, cohabiting lesbian, dating heterosexual, and married heterosexual couples. *Family Relations*, 44, 261-266.
- Kurdek, L. A. (1999). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality for husbands and wives over the first 10 years of marriage. *Developmental Psychology*, 35, 1283-1291.
- Kurdek, L. A., & Schmitt, J. P. (1987). Partner homogeneity in married, heterosexual; cohabiting, gay, and lesbian couples. *Journal of Sex Research*, 23, 212-232.
- Kutner, N. G., Barnhart, H., Wolf, S. L., McNeely, E., & Xu, T. (1997). Self-report benefits of tai chi practice by older adults. *Journal of Gerontology: Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 52B, P242-P246.
- Kuttner, R. (1994, August 29). Where have all the good jobs gone? *Business Week*, p. 16.
- Kye, C., & Ryan, N. (1995). Pharmacologic treatment of child and adolescent depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 261-281.
- Kyriacou, D. N., Anglin, D., Taliaferro, E., Stone, S., Tubb, T., Linden, J. A., Muelleman, R., Barton, E., & Kraus, F. J. (1999). Risk factors for injury to women from domestic violence. *New England Journal of Medicine*, 341, 1892-1898.
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26, 457-476.
- Labouvie-Vief, G. (1985). Intelligence and cognition. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 500-530). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Labouvie-Vief, G. (1990a). Modes of knowledge and the organization of development. In M. L. Commons, L. Kohlberg, F. Richards, & J. Sinnott (Eds.), *Beyond formal operations: 2. Models and methods in the study of adult and adolescent thought*. New York: Praeger.
- Labouvie-Vief, G. (1990b). Wisdom as integrated thought: Historical and development perspectives. In R. J. Sternberg (Ed.), *Wisdom: Its nature, origins, and development* (pp. 52-83). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Labouvie-Vief, G., Adams, C., Hakim-Larson, J., Hayden, M., & De Voe, M.

- (1987). *Modes of text processing from preadolescence to mature adulthood*. Unpublished manuscript, Wayne State University. Detroit. MI.
- Labouvie-Vief, G., & Hakim-Larson, J. (1989).** Developmental shifts in adult thought. In S. Hunter & M. Sundel (Eds.), *Midlife myths*. Newbury Park, CA: Sage.
- Labouvie-Vief, G., Hakim-Larson, J., & Hobart, C. J. (1987).** Age, ego level, and the life-span development of coping and defense processes. *Psychology and Aging*, 2, 286-293.
- Lachman, J. L., & Lachman, R. (1980).** Age and the actualization of knowledge. In L. W. Poon, J. L. Fozard, L. S. Cermak, D. Arenberg, & L. W. Thompson (Eds.), *New directions in memory and aging* (pp. 313-343). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lachman, M. E., & James, J. B. (1997).** Charting the course of midlife development: An overview. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 1-17). Chicago: University of Chicago Press.
- Lachman, M. E., Lewkowicz, C., Marcus, A., & Peng, Y. (1994).** Images of midlife development among young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Adult Development*, 1, 201-211.
- Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998).** Sociodemographic variations in the sense of control by domain: Findings from the MacArthur Studies of Midlife. *Psychology and Aging*, 13, 553-562.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (1995).** Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 332, 437-443.
- Lackmann, G. M., Salzberger, U., Tollner, U., Chen, M., Carmella, S. G., & Hecht, S. S. (1999).** Metabolites of a tobacco-specific carcinogen in the urine of newborns. *Journal of the National Cancer Institute*, 91, 459-465.
- Ladd, G. W. (1996).** Shifting ecologies during the 5 to 7 year period: Predicting children's adjustment during the transition to grade school. In A. J. Sameroff & M. M. Haith (Eds.), *The five to seven year shift: The age of reason and responsibility* (pp. 363-386). Chicago: University of Chicago Press.
- Ladd, G. W., & Colter, B. S. (1988).** Parents' management of preschoolers' peer relations: Is it related to children's social competence? *Developmental Psychology*, 24, 109-117.
- Ladd, G. W., & Hart, C. H. (1992).** Creating informal play opportunities: Are parents' and preschoolers' initiations related to children's competence with peers? *Developmental Psychology*, 28, 1179-1187.
- Ladd, G. W., Kochenderfer, B. J., & Coleman, C. C. (1996).** Friendship quality as a predictor of young children's early school adjustment. *Child Development*, 67, 1103-1118.
- Lagercrantz, H., & Slotkin, T. A. (1986).** The "stress" of being born. *Scientific American*, 254(4), 100-107.
- Lai, J. S., Lan, C., Wong, M. K., & Teng, S. H. (1995).** Two-year trends in cardiorespiratory function among older Tai Chi Chuan practitioners and sedentary subjects. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43, 1222-1227.
- Lalonde, C. E., & Werker, J. F. (1995).** Cognitive influences on cross-language speech perception in infancy. *Infant Behavior and Development*, 18, 459-475.
- Lamb, M. (1983).** Early mother-neonate contact and the mother-child relationship. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 24, 487-494.
- Lamb, M. E. (1978).** Influence of the child on marital quality and family interaction during the prenatal, perinatal, and infancy periods. In R. Lerner & G. Spanier (Eds.), *Child influences on marital and family interaction: A life-span perspective*. New York: Academic Press.
- Lamb, M. E. (1981).** The development of father-infant relationships. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Lamb, M. E. (1987).** Predictive implications of individual differences in attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 817-824.
- Lamb, M. E., Frodi, A. M., Frodi, M., & Hwang, C. P. (1982).** Characteristics of maternal and paternal behavior in traditional and non-traditional Swedish families. *International Journal of Behavior Development*, 5, 131-151.
- Lamberg, L. (1997).** "Old and gray and full of sleep"? Not always. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1302-1304.
- Lamberts, S. W. J., van den Beld, A. W., & van der Lely, A. (1997).** The endocrinology of aging. *Science*, 278, 419-424.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991).** Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065.
- Lamy, P. P. (1994).** Drug-nutrient interactions in the aged. In R. R. Watson (Ed.), *Handbook of nutrition in the aged* (2nd ed., pp. 165-200). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Landesman-Dwyer, S., & Emanuel, I. (1979).** Smoking during pregnancy. *Teratology*, 19, 119-126.
- Landy, F. J. (1992, February).** *Research on the use of fitness tests for police and fire fighting jobs*. Paper presented at the Second Annual Scientific Psychology Forum of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Landy, E. J. (1994, July-August).** Mandatory retirement age: Serving the public welfare? *Psychological Science Agenda* (Science Directorate, American Psychological Association), pp. 10-11, 20.
- Lane, H. (1976).** *The wild boy of Aveyron*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lange, G., MacKinnon, C. E., & Nida, R. E. (1989).** Knowledge, strategy, and motivational contributions to preschool children's object recall. *Developmental Psychology*, 25, 772-779.
- Lanphear, B. P., Weitzman, M., & Eberly, S. (1996).** Racial differences in urban child environmental exposures to lead. *American Journal of Public Health*, 86, 1460-1463.
- Lansford, J. E., & Parker, J. G. (1999).** Children's interactions in triads: Behavioral profiles and effects of gender and patterns of friendships among members. *Developmental Psychology*, 35, 80-93.
- Lansford, J. E., Sherman, A. M., & Antonucci, T. C. (1998).** Satisfaction with social networks: An examination of socioemotional selectivity. *Psychology and Aging*, 13(4), 544-552.
- Lanting, C. L., Fidler, V., Huisman, M., Touwen, B. C. L., & Boersma, E. R. (1994).** Neurological differences between 9-year-old children fed breastmilk or formula-milk as babies. *The Lancet*, 334, 1319-1322.
- Lapham, E. V., Kozma, C., & Weiss, J. O. (1996).** Genetic discrimination: Perspectives of consumers. *Science*, 274, 621-624.
- Laquatra, J., & Chi, P. S. K. (1998, September).** *Housing for an aging-in-place society*. Paper presented at the European Network for Housing Research Conference, Cardiff, Wales.
- LaRossa, R. (1988).** Fatherhood and social change. *Family Relations*, 34, 451-457.
- LaRossa, R., & LaRossa, M. M. (1981).** *Transition to parenthood: How infants change families*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Larsen, D. (1990, December-1991, January).** Unplanned parenthood. *Modern Maturity*, pp. 32-36.
- Larson, K. (1995, November-1996, February).** Poli shows doctors support death with dignity. *Time Lines*, p. 1.
- Larson, R. (1998).** Implications for policy and practice: Getting adolescents, families, and communities in sync. In A. Crouter & R. Larson (Eds.), *Temporal rhythms in adolescence: Clocks, calendars, and the coordination of daily life* (New Directions

- in *Child and Adolescent Development*, No. 82, pp. 83-88). San Francisco: Jossey-Bass.
- Larson, R., & Lampman-Petratis, C. (1989).** Daily emotional states as reported by children and adolescents. *Child Development*, 60, 1250-1260.
- Larson, R., Mannell, R., & Zuzanek, J. (1986).** Daily well being of older adults with friends and family. *Psychology and Aging*, 1(2), 117-126.
- Larson, R., & Richards, M. H. (1991).** Daily companionship in late childhood and early adolescence: Changing developmental contexts. *Child Development*, 62, 284-300.
- Larson, R., & Richards, M. H. (1994).** *Divergent realities: The emotional lives of mothers, fathers, and adolescents*. New York: Basic Books.
- Larson, R., & Richards, M. (1998).** Waiting for the weekend: Friday and Saturday nights as the emotional climax of the week. In A. Crouter & R. Larson (Eds.), *Temporal rhythms in adolescence: Clocks, calendars, and the coordination of daily life* (New Directions in Child and Adolescent Development, No. 82, pp. 37-51). San Francisco: Jossey-Bass.
- Larson, R. W. (1997).** The emergence of solitude as a constructive domain of experience in early adolescence. *Child Development*, 68, 80-93.
- Larson, R. W., Richards, M. H., Moneta, G., Holmbeck, G., & Duckett, E. (1996).** Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology*, 32, 744-754.
- La Sala, M. C. (1998).** Coupled gay men, parents, and in-laws: Intergenerational disapproval and the need for a thick skin. *Families in Society*, 79, 585-595.
- Lash, J. P. (1980).** *Helen and teacher: The story of Helen Keller and Anne Sullivan Macy*. New York: Delacorte.
- Latimer, E. J. (1992, February).** Euthanasia: A physician's reflections. *Ontario Medical Review*, pp. 21-29.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1994).** Contrasting infant predictors of later cognitive functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 649-652.
- Lauer, J., & Lauer, R. (1985).** Marriages made to last. *Psychology Today*, 19(6), 22-26.
- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S. (1994).** *The social organization of sexuality: Sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999).** Sexual dysfunction in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Launer, L. J., Andersen, K., Dewey, M. E., Letenneur, L., Ott, A., Amaducci, L. A., Brayne, C., Copeland, J. R. M., Dartigues, J.-F., Kragh-Sorensen, P., Lobo, A., Martinez-Lage, J. M., Stijnen, T., & Hofman, A. (1999).** Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: Results from EURODEM pooled analyses. *Neurology*, 52, 78-84.
- Launer, L. J., Masaki, K., Petrovitch, H., Foley, D., & Havlik, R. J. (1995).** The association between midlife blood pressure levels and late-life cognitive function. *Journal of the American Medical Association*, 274, 1846-1851.
- Laursen, B. (1996).** Closeness and conflict in adolescent peer relationships: Interdependence with friends and romantic partners. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp. 186-210). New York: Cambridge University Press.
- Laursen, B., Coy, K. C., & Collins, W. A. (1998).** Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: A meta-analysis. *Child Development*, 69, 817-832.
- Lavee, Y., Sharlin, S., & Katz, R. (1996).** The effects of parenting stress on marital quality. *Journal of Family Issues*, 17, 114-135.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984).** *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leaper, C., Anderson, K. J., & Sanders, P. (1998).** Moderators of gender effects on parents' talk to their children: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 34(1), 3-27.
- Le Bars, P. L., Katz, M. M., Berman, N., Itil, T. M., Freedman, A. M., & Schatzberg, A. F. (1997).** A placebo controlled, double-blind, randomized trial of an extract of Ginkgo biloba for dementia. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1327-1332.
- LeBoff, M. S., Kohlmeier, L., Hurwitz, S., Franklin, J., Wright, J., & Glowacki, J. (1999).** Occult vitamin D deficiency in postmenopausal US women with acute hip fracture. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1505-1511.
- Lecanuet, J. P., Granier-Deferre, C., & Busnel, M.-C. (1995).** Human fetal auditory perception. In J. P. Lecanuet, W. P. Fifer, N. A. Krasnegor, & W. P. Smotherman (Eds.), *Fetal development: A psychobiological perspective* (pp. 239-262). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- LeDoux, J. (1989).** Cognitive and emotional interactions in the brain. *Cognition and Emotion*, 3, 265-289.
- Lee, G. R., Dwyer, J. W., & Coward, R. T. (1993).** Gender differences in parent care: Demographic factors and some gender preferences. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, S9-16.
- Lee, G. R., Netzer, J. K., & Coward, R. T. (1995).** Depression among older parents: The role of intergenerational exchange. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 823-833.
- Lee, I.-M., Hsieh, C.-C., & Paffenbarger, R. S. (1995).** Exercise intensity and longevity in men. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1179-1184.
- Lee, I.-M., & Paffenbarger, R. S. (1992).** Changes in body weight and longevity. *Journal of the American Medical Association*, 268, 2045-2049.
- Lee, J. (1998).** Children, teachers, and the internet. *Delta Kappa Gamma Bulletin*, 64(2), 5-9.
- Lee, J. A. (1987).** What can homosexual aging studies contribute to theories of aging? *Journal of Homosexuality*, 13, 43-71.
- Lee, M. A., Nelson, H. D., Tilden, V. R., Ganzini, L., Schmidt, T. A., & Tolle, S. W. (1996).** Legalizing assisted suicide—Views of physicians in Oregon. *New England Journal of Medicine*, 334, 310-315.
- Lee, P. R., Franks, P., Thomas, G. S., & Paffenbarger, R. S. (1981).** *Exercise and health: The evidence and its implications*. Cambridge, MA: Oelgeschlager, Gunn, & Hain.
- Lehman, D. R., & Nisbett, R. T. (1990).** A longitudinal study of the effects of undergraduate training on reasoning. *Developmental Psychology*, 26, 952-960.
- Leibel, R. L. (1997).** And finally, genes for human obesity. *Nature Genetics*, 16, 218-220.
- Leichtman, M. D., & Ceci, S. J. (1995).** The effects of stereotypes and suggestions on preschoolers' reports. *Developmental Psychology*, 31, 568-578.
- Leigh, B. C. (1999).** Peril, chance, adventure: Concepts of risk, alcohol use, and risky behavior in young adults. *Addiction*, 94(3), 371-383.
- Lelwica, M., & Haviland, J. (1983).** *Ten-week-old infants' reactions to mothers' emotional expressions*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Detroit, MI.
- Lemish, D., & Rice, M. L. (1986).** Television as a talking picture book: A prop for language acquisition. *Journal of Child Language*, 13, 251-274.
- Lemon, B., Bengtson, V., & Peterson, J. (1972).** An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27(4), 511-523.

- Leng, X., & Shaw, G. L. (1991). Toward a neural theory of higher brain function using music as a window. *Concepts in Neuroscience*, 2, 229-258.
- Lenneberg, E. H. (1967). *Biological functions of language*. New York: Wiley.
- Lenneberg, E. H. (1969). On explaining language. *Science*, 164 (3880), 635-643.
- Lennnox, A., Karlinsky, H., Meschino, J., Buchanan, J. A., Percy, M. E., & Berg, J. M. (1994). Molecular genetic predictive testing for Alzheimer's disease: Deliberations and preliminary recommendations. *Alzheimer. Disease and Associated Disorders*, 8, 126-127.
- Lenz, E. (1993, August-September). Mirror, mirror...: One woman's reflections on her changing image. *Modern Maturity*, pp. 24, 26-28, 80.
- Lerman, C., Caporaso, N. E., Audrain, J., Main, D., Bowman, E. D., Lockshin, B., Boyd, N. R., & Shields, P. G. (1999). Evidence suggesting the role of specific genetic factors in cigarette smoking. *Health Psychology*, 18, 14-20.
- Lerner, J. V., & Galambos, N. L. (1985). Maternal role satisfaction, mother-child interaction, and child temperament: A process model. *Child Development*, 21, 1157-1164.
- Lerner, M. J., Somers, D. G., Reid, D., Chiriboga, D., & Tierney, M. (1991). Adult children as caregivers: Egocentric biases in judgments of sibling contributions. *The Gerontologist*, 31(6), 746-755.
- Lesch, K. E., Bengel, D., Heils, A., Sabol, S. Z., Greenberg, B. D., Petri, S., Benjamin, J., Müller, C. R., Hamer, D. H., & Murphy, D. L. (1996). Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science*, 274, 1527-1531.
- Lesgold, A. M. (1983). *Expert systems*. Paper represented at the Cognitive Science Meetings, Rochester, NY.
- Leslie, A. M. (1982). The perception of causality in infants. *Perception*, 11, 173-186.
- Leslie, A. M. (1988). The necessity of illusion: Perception and thought in infancy. In L. Weiskrantz (Ed.), *Thought without language* (pp. 185-210). Oxford, England: Oxford Science.
- Leslie, A. M. (1994). ToMM, ToBy, and Agency: Core architecture and domain specificity. In S. A. Gelman & L. A. Hirschfeld (Eds.), *Mapping the mind: Domain specificity in cognition and culture* (pp. 119-148). New York: Cambridge University Press.
- Leslie, A. M., & Keeble, S. (1987). Do six-month-old infants perceive causality? *Cognition*, 25, 265-288.
- Lester, B. M., & Boukydis, C. E. Z. (1985). *Infant crying: Theoretical and research perspectives*. New York: Plenum.
- Lester, B. M., Corwin, M. J., Sepkoski, C., Seifer, R., Peuker, M., McLaughlin, S., & Golub, H. L. (1991). Neuro-behavioral syndromes in cocaine exposed newborn infants. *Child Development*, 62, 694-705.
- Lester, B. M., & Dreher, M. (1989). Effects of marijuana use during pregnancy on newborn cry. *Child Development*, 60, 765-771.
- Lester, B. M., LaGasse, L. L., & Siefer, R. (1998). Cocaine exposure and children: The meaning of subtle effects. *Science*, 282, 633-634.
- Lester, R., & Van Theil, D. H. (1977). Gonadal function in chronic alcoholic men. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 85A, 339-414.
- Letola, J. (1998, January 26). Giving cells longer life. *Time*, p. 60.
- LeVaty, S. (1991). A difference in hypothalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253, 1034-1037.
- Leve, L. D., & Fagot, B. I. (1997). Gender-role socialization and discipline processes in one-, and two-parent families. *Sex Roles*, 36, 1-21.
- Levenstein, S., Ackerman, S., Kiecolt-Glaser, J. K., & Dubois, A. (1999). Stress and peptic ulcer disease. *Journal of the American Medical Association*, 281, 10-11.
- Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (in preparation). The neighborhoods they live in: Indicators of children's well-being in a community context.
- Levi, L. (1990). Occupational stress: Spice of life or kiss of death? *American Psychologist*, 45, 1142-1145.
- Levin, J. S., & Taylor, R. J. (1993). Gender and age differences in religiosity among black Americans. *The Gerontologist*, 33(1), 16-23.
- Levin, J. S., Taylor, R. J., & Chatters, L. M. (1994). Race and gender differences in religiosity among older adults: Findings from four national surveys. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49, S137-145.
- Levine, R. (1980). Adulthood among the Gusi of Kenya. In N. J. Smelser & E. H. Erikson (Eds.), *Themes of work and love in adulthood* (pp. 77-104). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- LeVine, R. A. (1974). Parental goals: A cross-cultural view. *Teacher College Record*, 76, 226-239.
- LeVine, R. A. (1989). Human parental care: Universal goals, cultural strategies, individual behavior. In R. A. LeVine, P. M. Miller, & M. M. West (Eds.), *Parental behavior in diverse societies* (pp. 3-12). San Francisco: Jossey-Bass.
- LeVine, R. A. (1994). *Child care and culture: Lessons from Africa*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- LeVine, R. A., Dixon, S., LeVine, S., Richman, A., Leiderman, P. H., Keefer, C. H., & Brazelton, T. B. (1994). *Child care and culture: Lessons from Africa*. New York: Cambridge University Press.
- LeVine, R. A., & LeVine, S. (1998). Fertility and maturity in Africa: Gusi parents in middle adulthood. In R. A. Schweder (Ed.), *Welcome to middle age! (and other cultural fictions)*. Chicago: University of Chicago Press.
- Levinson, D. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Knopf.
- Levinson, D. (1980). Toward a conception of the adult life course. In N. J. Smelser & E. H. Erikson (Eds.), *Themes of work and love in adulthood* (pp. 265-290). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41, 3-13.
- Levinson, D. (1996). *The seasons of a woman's life*. New York: Knopf.
- Levinson, W., & Altkorn, D. (1998). Primary prevention of postmenopausal osteoporosis. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1821-1822.
- Levitt, M. J., Guacci-Franco, N., & Levitt, J. L. (1993). Convoys of social support in childhood and early adolescence: Structure and function. *Developmental Psychology*, 29, 811-818.
- Levron, J., Aviram, A., Madgar, I., Livshits, A., Raviv, G., Bider, D., Hourwitz, A., Barkai, G., Goldman, B., & Mashiach, S. (1998, October). *High rate of chromosomal aneuploidies in testicular spermatozoa retrieved from azoospermic patients undergoing testicular sperm extraction for in vitro fertilization*. Paper presented at the 16th World Congress on Fertility and Sterility and the 54th annual meeting of the American Society for Reproductive Medicine, San Francisco, CA.
- Levy, G. D., & Carter, D. B. (1989). Gender schema, gender constancy, and gender-role knowledge: The roles of cognitive factors in preschoolers' gender-role stereotype attributions. *Developmental Psychology*, 25, 444-449.
- Levy-Cushman, J., & Abeles, N. (1998). Memory complaints in the able elderly. *Clinical Gerontologist*, 19, 3-24.
- Levy-Shiff, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 30, 591-601.

- Levy-Shiff, R., Zoran, N., & Shulman, S. (1997). International and domestic adoption: Child, parents, and family adjustment. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 109-129.
- Lewin, G. (1994, May 18). Boys are more comfortable with sex than girls are, survey finds. *The New York Times*, p. A20.
- Lewin, T. (1998, December 6). U.S. colleges begin to ask, "Where have the men gone?" *The New York Times*, p. 1.
- Lewinsohn, R., Antonuccio, D., Breckenridge, J. S., & Teri, L. (1984). *The Coping with Depression Course*. Eugene, OR: Castalia.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 109-117.
- Lewis, M. (1995). Self-conscious emotions. *American Scientist*, 83, 68-78.
- Lewis, M. (1997). The self in self-conscious emotions. In S. G. Snodgrass & R. L. Thompson (Eds.), *The self across psychology: Self-recognition, self-awareness, and the self-concept* (Vol. 818). New York: The New York Academy of Sciences, Annals of the New York Academy of Sciences.
- Lewis, M. (1998). Emotional competence and development. In D. Pushkar, W. Bukowski, A. E. Schwartzman, D. M. Stack, & D. R. White (Eds.), *Improving competence across the lifespan* (pp. 27-36). New York: Plenum.
- Lewis M., & Brooks, J. (1974). Self, other, and fear: Infants' reaction to people. In H. Lewis & L. Rosenblum (Eds.), *The origins of fear: The origins of behavior* (Vol. 2). New York: Wiley.
- Lewis, M., Worobey, J., Ramsay, D. S., & McCormack, M. K. (1992). Prenatal exposure to heavy metals: Effect on childhood cognitive skills and health status. *Pediatrics*, 89, 1010-1015.
- Lewis, M. I., & Butler, R. N. (1974). Life-review therapy: Putting memories to work in individual and group psychotherapy. *Geriatrics*, 29, 165-173.
- Lewit, E., & Kerrebrock, N. (1997a). Child indicators: Childhood hunger. *The Future of Children*, 7(1), 128-137.
- Lewit, E., & Kerrebrock, N. (1997b). Population-based growth stunting. *The Future of Children*, 7(2), 149-156.
- Liaw, E., & Brooks-Gunn, J. (1993). Patterns of low-birth-weight children's cognitive development. *Developmental Psychology*, 29, 1024-1035.
- Liberman, I. Y., & Liberman, A. M. (1990). Whole language vs. code emphasis: Underlying assumptions and their implications for reading instruction. *Annals of Dyslexia*, 40, 51-76.
- Lichtenberg, P. A. (1994). *A guide to psychological practice in geriatric long-term care*. Binghamton, NY: Haworth.
- Lickliter, R., & Hellewell, T. B. (1992). Contextual determinants of auditory learning in bobwhite quail embryos and hatchlings. *Developmental Psychobiology*, 25, 17-24.
- Lickona, T. (Ed.). (1976). *Moral development and behavior*. New York: Holt.
- Lie, E., & Newcombe, N. S. (1999). Elementary school children's explicit and implicit memory for faces of preschool classmates. *Developmental Psychology*, 35, 102-112.
- Lieberman, B. (1995a, June). A meat & potatoes man. *Nutrition Action Health Letter*, 22(5), 6-7.
- Lieberman, B. (1995b, October). Heart disease: How to lower your risk. *Nutrition Action Newsletter*, pp. 1-5.
- Lieu, T. A., Newacheck, P. W., & McManus, M. A. (1993). Race, ethnicity, and access to ambulatory care among U.S. adolescents. *American Journal of Public Health*, 83, 960-965.
- Light, K. C., Girdler, S. S., Sherwood, A., Bragdon, E. E., Brownley, K. A., West, S. G., & Hinderliter, A. L. (1999). High stress responsivity predicts later blood pressure only in combination with positive family history and high life stress. *Hypertension*, 33, 1458-1464.
- Light, L. L. (1990). Interactions between memory and language in old age. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 275-290). San Diego: Academic Press.
- Lightfoot-Klein, H. (1989). *Prisoners of ritual*. Binghamton, NY: Haworth.
- Lim, L. L. (1996). *More and better jobs for women: An action report*. Geneva: International Labor Office.
- Lin, G., & Rogerson, P. A. (1995). Elderly parents and their geographic availability to their adult children. *Research on Aging*, 17, 303-331.
- Lin, Y., Seroude, L., & Benzer, S. (1998). Extended life-span and stress resistance in the *Drosophila* mutant methuselah. *Science*, 282, 943-946.
- Lindegren, M. L., Byers, R. H., Jr., Thomas, P., Davis, S. E., Caldwell, B., Rogers, M., Gwinn, M., Ward, J. W., & Fleming, P. L. (1999). Trends in perinatal transmission of HIV/AIDS in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 282, 531-538.
- Linder, K. (1990). *Functional literacy projects and project proposals: Selected examples*. Paris: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization.
- Lindwer, W. (1991). *The last seven months of Anne Frank* (A. Meerschaert, Trans). New York: Pantheon.
- Linney, J. A., & Seidman, E. (1989). The future of schooling. *American Psychologist*, 44(2), 336-340.
- Lino, M. (1999). *Expenditures on children by families: 1998 Annual Report* (Misc. Publication No. 1528-1998). Washington, DC: U.S. Department of Agriculture, •Center for Nutrition Policy and Promotion.
- Lipid Research Clinics Program. (1984a). The lipid research clinic coronary primary prevention trial results: I. Reduction in incidence of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association*, 251, 351-364.
- Lipid Research Clinics Program. (1984b). The lipid research clinic coronary primary prevention trial results: II. The relationship of reduction in incidence of coronary heart disease to cholesterol lowering. *Journal of the American Medical Association*, 251, 365-374.
- Listening to depression: The new medicines. (1995, January). *Johns Hopkins Medical Letter: Health after 50*, pp. 4-5.
- Livson, N., & Peskin, H. (1980). Perspectives on adolescence from longitudinal research. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley.
- Lloyd, B., & Goodwin, R. (1995). Lets pretend: Casting the characters and setting the scene. *British Journal of Developmental Psychology*, 13, 261-270.
- Lloyd, T., Andon, M. B., Rollings, N., Martel, J. K., Landis, J. R., Demers, L. M., Egli, D. E., Kieselhorst, K., & Kulin, H. E. (1993). Calcium supplementation and bone mineral density in adolescent girls. *Journal of the American Medical Association*, 270, 841-844.
- Lock, A., Young, A., Service, V., & Chandler, P. (1990). Some observations on the origin of the pointing gesture. In V. Volterra & C. J. Erting (Eds.), *From gesture to language in hearing and deaf children*. New York: Springer.
- Lock, M. (1994). Menopause in cultural context. *Experimental Gerontology*, 29, 307-317.
- Lock, M. (1998). Deconstructing the change: Female maturation in Japan and North America. In R. A. Shweder (Ed.), *Welcome to middle age (and other cultural fictions)* (pp. 45-74). Chicago: University of Chicago Press.
- Loeber, R., & Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin*, 94, 68-99.
- Lofland, L. H. (1986). When others die. *Generations*, 10(4), 59-61.
- Longino, C. E. (1987). *The oldest Americans: State profiles for data-based planning*.

- Coral Gables, FL: University of Miami, Department of Sociology.
- Longino, C. F., & Earle, J. R. (1996).** Who are the grandparents at century's end? *Generations*, 20(1), 13-16.
- Lonigan, C. J., Fischel, J. E., Whitehurst, G. J., Arnold, D. S., & Valdez-Menchaca, M. C. (1992).** The role of otitis media in the development of expressive language disorder. *Developmental Psychology*, 28, 430-440.
- Looff, W. R. (1973).** Socialization and personality: Contemporary psychological approaches. In P. B. Baltes & K. W. Schaie (Eds.), *Life-span developmental psychology*. New York: Academic Press.
- Lorenz, K. (1957).** Comparative study of behavior. In C. H. Schiller (Ed.), *Instinctive behavior*. New York: International Universities Press.
- Lorsbach, T. C., & Reimer, J. F. (1997).** Developmental changes in the inhibition of previously relevant information. *Journal of Experimental Child Psychology*, 64, 317-342.
- Louis Harris & Associates. (1986).** *American teens speak: Sex, myths, TV and birth control: The Planned Parenthood poll*. New York: Planned Parenthood Federation of America.
- Louis Harris & Associates. (1995).** *Women's issues* (Survey conducted for Families and Work Institute and the Whirlpool Foundation). New York: Author.
- Lourenco, O., & Machado, A.** In defense of Piaget's theory: A reply to 10 common criticisms. *Psychological Review*, 103(1), 143-164.
- Lovelace, E. A. (1990).** Basic concepts in cognition and aging. In E. A. Lovelace (Ed.), *Aging and cognition: Mental processes, self-awareness, and interventions* (pp. 1-28). Amsterdam: North-Holland, Elsevier.
- Lowenthal, M., & Haven, C. (1968).** Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*, 33, 20-30.
- Lozoff, B., Klein, N. K., Nelson, E. C., McClish, D. K., Manuel, M., & Chacon, M. E. (1998).** Behavior of infants with iron-deficiency anemia. *Child Development*, 69(1), 24-36.
- Lozoff, B., Wolf, A., & Davis, N. S. (1985).** Sleep problems seen in pediatric practice. *Pediatrics*, 75, 477-483.
- Luecke-Aleksa, D., Anderson, D. R., Collins, P. A., & Schmitt, K. L. (1995).** Gender constancy and television viewing. *Developmental Psychology*, 31, 773-780.
- Lugaila, T. A. (1998).** *Marital status and living arrangements: March 1998 (update)* (Current Population Reports, P20-514). Washington, DC: U.S. Bureau of the Census.
- Luke, B., Mamelle, N., Keith, L., Munoz, E., Minogue, J., Papiernik, E., Johnson, T. R., & Timothy, R. B. (1995).** The association between occupational factors and preterm birth: A United States nurses' study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173, 849-862.
- Lund, D. A. (1993a).** Caregiving. In R. Kastenbaum (Ed.), *Encyclopedia of adult development* (pp. 57-63). Phoenix: Oryx.
- Lund, D. A. (1993b).** Widowhood: The coping response. In R. Kastenbaum (Ed.), *Encyclopedia of adult development* (pp. 537-541). Phoenix: Oryx.
- Lund, D. A. (Ed.). (1989).** *Older bereaved spouses: Research with practical applications*. Washington, DC: Hemisphere.
- Lundy, B., Field, T., & Pickens, J. (1996).** Newborns of mothers with depressive symptoms are less expressive. *Infant Behavior and Development*, 19, 419-424.
- Lupien, S. J., De Leon, M., De Santi, S., Convit, A., Tarshish, C., Nair, N. P. V., Thakur, M., McEwen, B. S., Hauger, R. L., & Meaney, M. J. (1998).** Cortisol levels during human aging predict hippocampal atrophy and memory deficits. *Nature Neuroscience*, 1, 69-73.
- Luster, T., & McAdoo, H. (1996).** Family and child influences on educational attainment: A secondary analysis of the High/Scope Perry Preschool data. *Developmental Psychology*, 32, 26-39.
- Luster, T., & Small, S. A. (1994).** Factors associated with sexual risk-taking among adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 622-632.
- Luszcz, M. A., & Bryan, J. (1999).** Toward understanding age-related memory loss in late adulthood. *Gerontology*, 45, 2-9.
- Lutjen, R., Trounson, X., Leeton, J., Findlay, J., Wood, C., & Renou, P. (1984).** The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature*, 307, 174-175.
- Lyman, R. (1997, April 15).** Michael Dorris dies at 52: Wrote of his son's suffering. *The New York Times*, p. C24.
- Lynn, J., Teno, J. M., Phillips, R. S., Wu, A. W., Desbiens, N., Harrold, J., Claessens, M. T., Wenger, N., Kreling, B., & Connors, A. F., Jr., for the SUPPORT Investigators. (1997).** Perceptions by family members of the dying experience of older and seriously ill patients. *Annals of Internal Medicine*, 126, 97-106.
- Lyon, T. D., & Saywitz, K. J. (1999).** Young maltreated children's competence to take the oath. *Applied Developmental Science*, 3(1), 16-27.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L., & Repacholi, B. (1993).** Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64, 572-585.
- Lytton, H., & Romney, D. M. (1991).** Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109(2), 267-296.
- Maccoby, E. (1980).** *Social development*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Maccoby, E., & Jacklin, C. (1974).** *The psychology of sex differences*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Maccoby, E. E. (1984).** Middle childhood in the context of the family. In W. A. Collins (Ed.), *Development during middle childhood*. Washington, DC: National Academy.
- Maccoby, E. E. (1988).** Gender as a social category. *Developmental Psychology*, 24, 755-765.
- Maccoby, E. E. (1990).** Gender and relationships: A developmental account. *American Psychologist*, 45(11), 513-520.
- Maccoby, E. E. (1992).** The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, 28, 1006-1017.
- Maccoby, E. E. (1994).** Commentary: Gender segregation in childhood. In C. Leaper (Ed.), *Childhood gender segregation: Causes and consequences* (New Directions for Child Development No. 65, pp. 87-97). San Francisco: Jossey-Bass.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983).** Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In P. H. Mussen (Series Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 1-101). New York: Wiley.
- Maccoby, E. E., & Mnookin, R. H. (1992).** *Dividing the child: Social and legal dilemmas of custody*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- MacDermid, S. M., Heilbrun, G., & DeHaan, L. G. (1997).** The generativity of employed mothers in multiple roles: 1979 and 1991. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 207-240). Chicago: University of Chicago Press.
- MacDonald, R. K. (1983).** *Louisa May Alcott*. Boston: Twayne.
- MacDonald, W. L., & DeMaris, A. (1995).** Remarriage, stepchildren, and marital conflict: Challenges to the incomplete institutionalization hypothesis. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 387-398.
- MacDonald, W. L., & DeMaris, A. (1996).** Parenting stepchildren and biological

- children. *Journal of Family Issues*, 17, 5-25.
- MacDorman, M. F., & Atkinson, M. S. (1998).** Infant mortality statistics from the 1996 period linked birth/infant death data set (*Monthly Vital Statistics Report*, 46[2], Suppl). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Macfarlane, A. (1975).** Olfaction in the development of social preferences in the human neonate. In *Parent-infant interaction* (CIBA Foundation Symposium No. 33). Amsterdam: Elsevier.
- MacFarquhar, N. (1996, August 8).** Mutilation of Egyptian girls: Despite ban, it goes on. *The New York Times*, p. A3.
- Macklin, K. D., Maus, A. D., Pereira, E. F., Albuquerque, E. X., & Conti-Fine, B. M. (1998).** Human vascular endothelial cells express functional nicotinic acetylcholine receptors. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 287, 435-439.
- MacMillan, H. M., Boyle, M. H., Wong, M. Y-Y., Duku, E. K., Fleming, J. E., & Walsh, C. A. (1999).** Slapping and spanking in childhood and its association with lifetime prevalence of psychiatric disorders in a general population sample. *Canadian Medical Association Journal*, 161, 805-809.
- Madon, S., Jussim, L., & Eccles, J. (1997).** In search of the powerful self-fulfilling prophecy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 791-809.
- Main, M. (1983).** Exploration, play, and cognitive functioning related to infant-mother attachment. *Infant Behavior and Development*, 6, 167-174.
- Main, M. (1995).** Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 407-470). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985).** Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-20), 66-104.
- Main, M., & Solomon, J. (1986).** Discovery of an insecure, disorganized/ disoriented attachment pattern: Procedures, findings, and implications for the classification of behavior. In M. Yogman & T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex.
- Makrides, M., Neumann, M., Simmer, K., Pater, J., & Gibson, R. (1995).** Are long-chain polyunsaturated fatty acids essential nutrients in infancy? *The Lancet*, 345, 1463-1468.
- Malcolm, A. H. (1984, September 23).** Many see mercy in ending lives. *The New York Times*, pp. 1, 56.
- Mandei, D. R., Jusczyk, P. W., & Pisoni, D. B. (1995).** Infants' recognition of the sound patterns of their own names. *Psychological Science*, 6(5), 314-317.
- Mandler, J. (1998).** The rise and fall of semantic memory. In M. A. Conway, S. E. Gathercole, & C. Cornoldi (Eds.), *Theories of memory* (Vol. 2). East Sussex, England: Psychology Press.
- Mangan, P. A., Franklin, A., Tignor, T., Bolling, L., & Nadei, L. (1994).** Development of spatial memory abilities in young children. *Society for Neuroscience Abstracts*, 20, 363.
- Mangelsdorf, S. C., Shapiro, J. R., & Marzolf, D. (1995).** Developmental and temperamental differences in emotion regulation in infancy. *Child Development*, 66, 1817-1828.
- Mannell, R. (1993).** High investment activity and life satisfaction: Commitment, serious leisure, and flow in the daily lives of older adults. In J. Kelly (Ed.), *Activity and aging*. Newbury Park, CA: Sage.
- Manning, W. D., & Landale, N. S. (1996).** Racial and ethnic differences in the role of cohabitation in premarital childbearing. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 63-77.
- Manosevitz, M., Prentice, N. M., & Wilson, F. (1973).** Individual and family correlates of imaginary companions in preschool children. *Developmental Psychology*, 8, 72-79.
- Mansfield, R. S., & Busse, T. V. (1981).** *The psychology of creativity and discovery: Scientists and their work*. Chicago: Nelson-Hall.
- Manson, J. E., Hu, F. B., Rich-Edwards, J. W., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., Speizer, F. E., & Hennekens, C. H. (1999).** A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 341, 650-658.
- Manson, J. E., Willett, W. C., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., Hunter, D. J., Hankinson, S. F., Hennekens, C. H., & Speizer, F. E. (1995).** Body weight and mortality among women. *New England Journal of Medicine*, 333(11), 677-685.
- Manton, K. G., & Vaupel, J. W. (1995).** Survival after the age of 80 in the United States, Sweden, France, England, and Japan. *New England Journal of Medicine*, 333, 1232-1235.
- Maratsos, M. (1973).** Nonegocentric communication abilities in preschool children. *Child Development*, 44, 697-700.
- March of Dimes Birth Defects Foundation. (1987).** *Genetic counseling: A public health Information booklet* (Rev. ed). White Plains, NY.. Author.
- Marcia, J. E. (1966).** Development and validation of ego identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), '551-558."
- Marcia, J. E. (1979, June).** *Identity status in late adolescence: Description and some clinical implications*. Address given at symposium on identity development, Rijksuniversitat Groningen, Netherlands.
- Marcia, J. E. (1980).** Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley.
- Marcia, J. E. (1993).** The relational roots of identity. In J. Kroger (Ed.), *Discussions on ego identity* (pp. 101-120). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Marcoen, A. (1995).** Filial maturity of middle-aged adult children in the context of parent care: Model and measures. *Journal of Adult Development*, 2, 125-136.
- Marcon, R. A. (1999).** Differential impact of preschool models on development and early learning of inner-city children: A three-cohort study. *Developmental Psychology*, 35(2), 358-375.
- Marcus, B. H., Albrecht, A. E., King, T. K., Parisi, A. F., Pinto, B. M., Roberts, M., Niaura, R. S., & Abrams, D. B. (1999).** The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 159, 1229-1234.
- Marcus, G. E., Vijayan, S., Rao, S. B., & Vishton, P. M. (1999).** Rule learning by seven-month-old infants. *Science*, 283, 77-80.
- Margolin, L., & White, L. (1987).** The continuing role of physical attractiveness in marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 49(1), 21-27.
- Marian Anderson, 1897-1993. (1993, April 19).** *Time*, p. 24.
- Marian Anderson plans move to Portland, Oregon with her nephew, James DePriest. (1992, July 13).** *Jet*, p. 33.
- Markides, K. S., Coreil, J., & Rogers, L. P. (1989).** Aging and health among southwestern Hispanics. In K. S. Markides (Ed.), *Aging and health: Perspectives on gender, race, ethnicity, and class*. Newbury Park, CA: Sage.
- Markman, H. J., Renick, M. J., Floyd, F. J., Stanley, S. M., & Clements, M. (1993).** Preventing marital distress through communication and conflict management training: A 4- and 5-year follow-up. *Journal*

- of Consulting and Clinical Psychology, 61, 70-77.
- Markoff, J. (1992, October 12).** Miscarriages tied to chip factories. *The New York Times*, pp. A1,D2.
- Markovitz, J. H., Matthews, K. A., Kannel, W. B., Cobb, J. L., & D'Agostino, R. B. (1993).** Psychological predictors of hypertension in the Framingham study. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2439-2443.
- Marks, N. F. (1996).** Caregiving across the lifespan: National prevalence and predictors. *Family Relations*, 45, 27-36.
- Marks, N. R., & Lambert, J. D. (1998).** Marital status continuity and change among young and midlife adults. *Journal of Family Issues*, 19, 652-686.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986).** Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Marling, K. A. (1996).** *Graceland: Going home with Elvis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Marshall, E. (1993).** A tough line on genetic screening. *Science*, 262, 984-985.
- Marshall, V. W. (1994).** Sociology, psychology, and the theoretical legacy of the Kansas City studies. *The Gerontologist*, 34, 768-774.
- Marsiske, M., Lange, F. R., Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1995).** Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development. In R. A. Dixon & L. Backman (Eds.), *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains* (pp. 35-79). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Martikainen, E., & Valkonen, T. (1996).** Mortality after the death of a spouse: Rates and causes of death in a large Finnish cohort. *American Journal of Public Health*, 86, 1087-1093.
- Martin, C. L., Eisenbud, L., & Rose, H. (1995).** Children's gender-based reasoning about toys. *Child Development*, 66, 1453-1471.
- Martin, C. L., & Halverson, C. F. (1981).** A schematic processing model of sex typing and stereotyping in children. *Child Development*, 52, 1119-1134.
- Martin, J. A., & Park, M. M. (1999).** Trends in twin and triplet births: 1980-97 (*National Vital Statistics Reports*, 47[24], DHHS Publication No. [PHS] 99-1120). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Martin, J. A., Smith, B. L., Mathews, T. J., & Ventura, S. J. (1999).** Births and deaths: Preliminary data for 1998 (*National Vital Statistics Reports*, 47[25], DHHS Publication No. [PHS] 99-1120). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Martin, L. G. (1988).** The aging of Asia. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43(4), S99-113.
- Martin, P., Hagberg, B., & Poon, L. W. (1997).** Predictors of loneliness in centenarians: A parallel study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12, 203-224.
- Marx, J. (1996, July 5).** Searching for drugs that combat Alzheimer's. *Science*, pp. 50-52.
- Masataka, N. (1996).** Perception of motherese in a signed language by 6-month-old deaf infants. *Developmental Psychology*, 32, 874-879.
- Masataka, N. (1998).** Perception of motherese in Japanese sign language by 6-month-old hearing infants. *Developmental Psychology*, 34(2), 241-246.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985).** J3urnout in health professions: A social psychological analysis. In G. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maslow, A. (1954).** *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Maslow, A. (1968).** *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand Reinhold.
- Masoro, E. J. (1985).** Metabolism. In C. E. Finch & E. L. Schneider (Eds.), *Handbook of the biology of aging* (pp. 540-563). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Masoro, E. J. (1988).** Minireview: Food-restriction in rodents: An evaluation of its role in the study of aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43(3), S59-64.
- Masoro, E. J. (1992).** The role of animal models in meeting the gerontologic challenge of the 21 st century. *The Gerontologist*, 32(5), 627-633.
- Masse, L. C., & Tremblay, R. E. (1997).** Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 54, 62-68.
- Masten, A., Best, K., & Garmezy, N. (1990).** Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998).** The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966).** *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1981).** Sex and the aging process. *Journal of the American Geriatrics Society*, 29, 385-390.
- Mathias, R. (1999).** Tracking trends in teen drug abuse over the years. *NIDA Notes* (National Institute on Drug Abuse), 14(1), p. S8.
- Matthews, A., Ellis, A. E., & Nelson, C. A. (1996).** Development of preterm and full-term infant ability on AB, recall memory, transparent barrier detour, and means-end tasks. *Child Development*, 67, 2658-2676.
- Matthews, K.A. (1992).** Myths and realities of menopause. *Psychosomatic Medicine*, 54, 1-9.
- Matthews, K. A., Shumaker, S. A., Bowen, D. J., Langer, R. D., Hunt, J. R., Kaplan, R. M., Klesges, R. C., & Ritenbaugh, C. (1997).** Women's health initiative: Why now? What is it? What's new? *American Psychologist*, 52(2), 101-116.
- Maurer, D., Stager, C. L., & Mondloch, C. J. (1999).** Cross-modal transfer of shape is difficult to demonstrate in one-month-olds. *Child Development*, 70, 1047-1057.
- Maus, A. D., Pereira, E. F., Karachunski, P. I., Horton, R. M., Navaneetham, D., Macklin, K. D., Cortes, W. S., Albuquerque, E. X., & Conti-Fine, B. M. (1998).** Human and rodent bronchial epithelial cells express functional nicotinic acetylcholine receptors. *Molecular Pharmacology*, 54, 779-788.
- May, K. A., & Perrin, S. P. (1985).** Prelude: Pregnancy and birth. In S. M. H. Hanson & F. W. Bozett (Eds.), *Dimensions of fatherhood*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Mayes, L. C., Granger, R. H., Frank, M. A., Schottenfeld, R., & Bornstein, M. H. (1993).** Neurobehavioral profiles of neonates exposed to cocaine prenatally. *Pediatrics*, 91, 778-783.
- Mayeux, R. (1996).** Development of a national prospective study of Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 10(Suppl. 1), 38-44.
- Mayeux, R., Saunders, A. M., Shea, S., Mirra, S., Evans, D., Roses, A. D., Hyman, B. T., Crain, B., Tang, M., & Phelps, C. H. (1998).** Utility of the apolipoprotein E genotype in the diagnosis of Alzheimer's Disease. *New England Journal of Medicine*, 338, 506-511.
- Mays, V. M., Chatters, L. M., Cochran, S. D., & Mackness, J. (1998).** African American families in diversity: Gay men and lesbians as participants in family networks. *Journal of Comparative Family Studies*, 29, 73-87.
- Mazzeo, R. S., Cavanaugh, P., Evans, W. J., Fiatarone, M., Hagberg, J., McAuley, E., & Startzell, J. (1998).** ACSM position

- stand on exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 30, 992-1008.
- McAdams, D. (1993).** *The stories we live by*. New York: Morrow.
- McAdams, D. R., & de St. Aubin, E. (1992).** A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1003-1015.
- McAdams, D. P., de St. Aubin, E., & Logan, R. L. (1993).** Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging*, 8, 221-230.
- McAdams, D. R., Diamond, A., de St. Aubin, E., & Mansfield, E. (1997).** Stories of commitment: The psychosocial construction of generative lives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 678-694.
- McCall, R. B., & Carriger, M. S. (1993).** A meta-analysis of infant habituation and recognition memory performance as predictors of later IQ. *Child Development*, 64, 57-79.
- McCann, I. L., & Holmes, D. S. (1984).** Influence of aerobic exercise on depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(5), 1142-1147.
- McCartney, K. (1984).** Effect of quality of daycare environment on children's language development. *Developmental Psychology*, 20, 244-260.
- McCartney, N., Hicks, A. L., Martin, J., & Webber, C. E. (1996).** A longitudinal trial of weight training in the elderly: Continued improvements in year 2. *The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 51, B425-B433.
- McCarton, C. M., Brooks-Gunn, J., Wallace, I. E., Bauer, C. R., Bennett, F. C., Bernbaum, J. C., Broyles, S., Casey, P. H., McCormick, M. C., Scott, D. T., Tyson, J., Tonascia, J., & Meinert, C. L., for the Infant Health and Development Program Research Group. (1997).** Results at age 8 years of early intervention for low-birth-weight premature infants. *Journal of the American Medical Association*, 277, 126-132.
- McCarton, C. M., Wallace, I. E., Divon, M., & Vaughan, H. G. (1996).** Cognitive and neurologic development of the preterm, small for gestational age infant through age 6: Comparison by birth weight and gestational age. *Pediatrics*, 98, 1167-1178.
- McClearn, G. E., Johansson, B., Berg, S., Pedersen, N. L., Ahern, E., Petrill, S. A., & Plomin, R. (1997).** Substantial genetic influence on cognitive abilities in twins 80 or more years old. *Science*, 276, 1560-1563.
- McCord, J. (1996).** Unintended consequences of punishment. *Pediatrics*, 88, 832-834.
- McCormick, M. C., McCarton, C., Brooks-Gunn, J., Belt, R., & Gross, R. T. (in press).** The infant health and development program: interim summary. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1994).** The stability of personality: Observations and evaluations. *Current Directions in Psychological Science*, 3(6), 173-175.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1984).** *Emerging lives, enduring dispositions*. Boston: Little, Brown.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr., & Busch, C. M. (1986).** Evaluating comprehensiveness in personality systems: The California Q-set and the five factor model. *Journal of Personality*, 54, 430-446.
- McCue, J. D. (1995).** The naturalness of dying. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1039-1043.
- McDaniel, K. D. (1986).** Pharmacological treatment of psychiatric and neurodevelopmental disorders in children and adolescents (Part 1, Part 2, Part 3). *Clinical Pediatrics*, 25(2, 3, 4), 65-71, 198-224.
- McDonald, M. A., Sigman, M., Espinosa, M. R., & Neumann, C. G. (1994).** Impact of a temporary food shortage on children and their mothers. *Child Development*, 65, 404-415.
- McFadden, S. H., & Levin, J. S. (1996).** Religion, emotions, and health. In C. Magai, & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 349-365). San Diego: Academic Press.
- McFall, S., & Miller, B. H. (1992).** Caregiver burden and nursing home admission of frail elderly patients. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47, S73-79.
- McFarland, R. A., Tune, G. B., & Welford, A. (1964).** On the driving of automobiles by older people. *Journal of Gerontology*, 19, 190-197.
- McGauhey, P. J., Starfield, B., Alexander, C., & Ensminger, M. E. (1991).** Social environment and vulnerability of low birth weight children: A socialepidemiological perspective. *Pediatrics*, 88, 943-953.
- McGee, R., Partridge, E., Williams, S., & Silva, P. A. (1991).** A twelve-year follow-up of preschool hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 224-232.
- McGue, M. (1993).** From proteins to cognitions: The behavioral genetics of alcoholism. In R. P. Plomin & G. E. McClearn (Eds.), *Nature, nurture, and psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McGue, M. (1997).** The democracy of the genes. *Nature*, 388, 417-418.
- McGuffin, R., Owen, M. J., & Farmer, A. E. (1995).** Genetic basis of schizophrenia. *The Lancet*, 346, 678-682.
- McGuire, R. A. (1998, July).** Wanted: Workers with flexibility for 21 st century jobs [On-line]. *APA Monitor Online*, 29(7). Available: <http://www.apa.org/monitor/jul98/factor.html>
- McGuire, P. A. (1999, May).** Worker stress. health reaching critical point [On-line]. *APA Monitor Online*, 30(5), pp. 1-3. Available: <http://www.apa.org/monitor/may99/niosh.html>
- McIntire, D. D., Bloom, S. L., Casey, B. M., & Leveno, K. J. (1999).** Birth weight in relation to morbidity and mortality among newborn infants. *New England Journal of Medicine*, 340, 1234-1238.
- McIntosh, J. L. (1992).** Epidemiology of suicide in the elderly. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 15-35.
- McKay, N. Y. (1992).** Introduction. In M. Anderson, *My Lord, what a morning* (pp. ix-xxxiii). Madison: University of Wisconsin Press.
- McKenna, J. J., & Mosko, S. (1993).** Evolution and infant sleep: An experimental study of infant-parent co-sleeping and its implications for SIDS. *Acta Paediatrica*, 389(Suppl.), 31-36.
- McKenna, J. J., Mosko, S. S., & Richard, C. A. (1997).** Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*, 100, 214-219.
- McKenna, M. C., Kear, D. J., & Ellsworth, R. A. (1995).** Children's attitudes toward reading: A national survey. *Reading Research Quarterly*, 30, 934-956.
- McKenry, P. C., Julian, T. W., & Gavazzi, S. M. (1995).** Toward a biopsychosocial model of domestic violence. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 307-320.
- McKey, R. H., Condelli, L., Ganson, H., Barrett, B. J., McConkey, C., & Plantz, M. C. (1985).** *The impact of Head Start on children, families, and communities*. Washington, DC: CSR, Inc.
- McKinney, K. (1987, March).** *A look at Japanese education today* (Research in Brief No. IS 87-107 RIB). Washington, DC: U.S. Department of Education, Office of Educational Research and Improvement.
- McKittrick, L. A., Camp, C. J., & Black, F. W. (1992).** Prospective memory intervention in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47(5), P337-343.
- McLanahan, S., & Sandefur, C. (1994).** *Growing up with a single parent*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McLaughlin, I. G., Leonard, K. E., & Senechal, M. (1992).** Prevalence and distribution of premarital aggression among

- couples applying for a marriage license. *Journal of Family Violence*, 7(4), 309-319.
- McLeskey, J., Lancaster, M., & Grizzle, K. L. (1995).** Learning disabilities and grade retention: A review of issues with recommendations for practice. *Learning Disabilities Research & Practice*, 10, 120-128.
- McLoyd, V. C. (1990).** The impact of economic hardship on black families and children: Psychological distress, parenting, and socioemotional development. *Child Development*, 61, 311-346.
- McLoyd, V. C. (1998).** Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53, 185-204.
- McLoyd, V. C., Jayaratne, T. E., Ceballo, R., & Borquez, J. (1994).** Unemployment and work interruption among African American single mothers: Effects on parenting and adolescent socioemotional functioning. *Child Development*, 65, 562-589.
- McMahon, M., & Patton, W. (1997).** Gender differences in children and adolescents' perceptions of influences on their career development. *The School Counselor*, 44, 368-376.
- McMahon, M. J., Luther, E. R., Bowes, W. A., & Olshan, A. F. (1996).** Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *New England Journal of Medicine*, 335, 689-695.
- McNeilly-Choque, M. K., Hart, C. H., Robinson, C. C., Nelson, L. J., & Olsen, S. F. (1996).** Overt and relational aggression on the playground: Correspondence among different informants. *Journal of Research in Childhood Education*, 17, 47-67.
- Mead, M. (1928).** *Coming of age in Samoa*. New York: Morrow.
- Mead, M. (1930).** *Growing up in New Guinea*. New York: Blue Ribbon.
- Mead, M. (1935).** *Sex and temperament in three primitive societies*. New York: Morrow.
- Mead, M. (1972).** *Blackberry winter: My earlier years*. New York: Morrow.
- Meehan, R. J. (1990).** Prevention: The endpoint of suicidology. *Mayo Clinic Proceedings*, 65, 115-118.
- Meier, D. (1995).** *The power of their ideas*. Boston: Beacon.
- Meier, D. E., Emmons, C.-A., Wallenstein, S., Quill, T., Morrison, R. S., & Cassei, C. (1998).** A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *New England Journal of Medicine*, 338, 1193-1201.
- Meier, R. (1991, January-February).** Language acquisition by deaf children. *American Scientist*, 79, 60-70.
- Meltzoff, A. N. (1995).** What infant memory tells us about infantile amnesia: Long-term recall and deferred imitation. *Journal of Experimental Child Psychology*, 59, 497-515.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1983).** Newborn infants imitate adult facial gestures. *Child Development*, 54, 702-709.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1989).** Imitation in newborn infants: Exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms. *Developmental Psychology*, 25, 954-962.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1994).** Imitation, memory, and the representation of persons. *Infant Behavior and Development*, 17, 83-99.
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1998).** Object representation, identity, and the paradox of early permanence: Steps toward a new framework. *Infant Behavior & Development*, 21, 201-235.
- Mennella, J. A., & Beauchamp, G. K. (1996a).** The early development of human flavor preferences. In E. D. Capaldi (Ed.), *Why we eat what we eat: The psychology of eating* (pp. 83-112). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mennella, J. A., & Beauchamp, G. K. (1996b).** The human infants' response to vanilla flavors in mother's milk and formula. *Infant Behavior and Development*, 19, 13-19.
- Menninger Foundation. (1994, March).** Grandparenting after divorce still a key role for older persons. *The Menninger Letter*, p. 3.
- Merrill, S. S., & Verbrugge, L. M. (1999).** Health and disease in midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (pp. 78-103). San Diego: Academic Press.
- Merva, M., & Fowles, R. (1992).** *Effects of diminished economic opportunities on social stress: Heart attacks, strokes, and crime* [Briefing paper]. Washington, DC: Economic Policy Institute.
- Merzenich, M. M., Jenkins, W. M., Johnston, P., Schreiner, C., Miller, S. L., & Tallal, P. (1996).** Temporal processing deficits of language-learning impaired children ameliorated by training. *Science*, 277, 77-81.
- Meyer, B. J. F., Russo, C., & Talbot, A. (1995).** Discourse comprehension and problem solving: Decisions about the treatment of breast cancer by women across the life-span. *Psychology in Aging*, 10, 84-103.
- Meyer, D. R., & Bartfeld, J. (1996).** Compliance with child support orders in divorce cases. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 201-212.
- Meyer, D. R., & Garasky, S. (1993).** Custodial fathers: Myths, realities, and child support policy. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 73-89.
- Meyers, A. K., Sampson, A. E., Weitzman, M., Rogers, B. L., & Kayne, H. (1989).** School breakfast program and school performance. *American Journal of Diseases of Children*, 143, 1234-1239.
- Michael, R. T., Gagnon, J. H., Laumann, E. O., & Kolata, G. (1994).** *Sex in America: A definitive survey*. Boston: Little, Brown.
- Michelmores, P. (1962).** *Einstein: Profile of the man*. London: Frederick Muller, Ltd.
- Michikawa, Y., Mazzucchelli, E., Bresolin, N., Scarlato, G., & Attardi, G. (1999).** Aging-dependent large accumulation of point mutations in the human mtDNA control region for replication. *Science*, 286, 774-779.
- Miedzian, M. (1991).** *Boys will be boys: Breaking the link between masculinity and violence*. New York: Doubleday.
- Mifflin, L. (1996, February 15).** 4 networks plan a ratings system for their shows. *The New York Times*, pp. A1, C24.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Chen, L., & Jones, J. (1996).** Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention hyperactivity disorder in children? *American Journal of Psychiatry*, 153, 1138-1142.
- Milerad, J., & Sundell, H. (1993).** Nicotine exposure and the risk of SIDS. *Acta Paediatrica*, JS9(Suppl.), 70-72.
- Milkie, M. A., & Peltola, P. (1999).** Playing all the roles: Gender and the work-family balancing act. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 476-490.
- Miller, B. C., & Moore, K. A. (1990).** Adolescent sexual behavior, pregnancy, and parenting: Research through the 1980s. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1025-1044.
- Miller, E., Craddock-Watson, J. E., & Pollock, T. M. (1982, October 9).** Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy. *The Lancet*, pp. 781-784.
- Miller, K., & Kohn, M. (1983).** The reciprocal effects of job condition and the intellectuality of leisure-time activities. In M. L. Kohn & C. Schooler (Eds.), *Work and personality: An inquiry into the impact of social stratification* (pp. 217-241). Norwood, NJ: Ablex.
- Miller, K. R., Smith, C. M., Zhu, J., & Zhang, H. (1995).** Preschool origins of cross-national differences in mathematical competence: The role of number-naming systems. *Psychological Science*, 6, 56-60.
- Miller, L. J., & Marx, J. (1998).** Apoptosis. *Science*, 281, 1301.

- Miller, P. H. (1993). *Theories of personality development* (3rd ed). New York: Freeman.
- Miller, R. A. (1996, July 5). The aging immune system: Primer and prospectus. *Science*, pp. 70-74.
- Miller, V., Onotera, R. T., & Deinard, A. S. (1984). Denver Developmental Screening Test: Cultural variations in Southeast Asian children. *Journal of Pediatrics*, 104(3), 481-482.
- Miller-Jones, D. (1989). Culture and testing. *American Psychologist*, 44(2), 360-366.
- Mills, D. L., Coiffley-Corina, S. A., & Neville, H. J. (1997). Language comprehension and cerebral specialization from 13 to 20 months. *Developmental Neuropsychology*, 13, 397-445.
- Mills, J. L., Graubard, B. I., Harley, E. E., Rhoads, G. G., & Berendes, H. W. (1984). Maternal alcohol consumption and birth weight: How much drinking is safe during pregnancy? *Journal of the American Medical Association*, 252, 1875-1879.
- Millstein, S. (in press). Perceptual, attributional, and affective processes in perceptions of vulnerability through the life span. In N. J. Bell & R. W. Bell (Eds.), *Perspectives on adolescent risk taking*. Newbury Park, CA: Sage.
- Millstein, S. G., Irwin, C. E., Adler, N. E., Cohn, L. D., Kegeles, S. M., & Dolcini, M. M. (1992). Health-risk behaviors and health concerns among young adolescents. *Pediatrics*, 89, 422-428.
- Milne, A. M., Myers, D. E., Rosenthal, A. S., & Ginsburg, A. (1986). Single parents, working mothers, and the educational achievement of school children. *Sociology of Education*, 59, 125-139.
- Milunsky, A. (1992). *Heredity and your family's health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Minkler, H., & Roe, K. (1992). *Forgotten caregivers: Grandmothers raising the children of the crack cocaine epidemic*. Newbury Park, CA: Sage.
- Minkler, M., & Roe, K. M. (1996). Grandparents as surrogate parents. *Generations*, 20(1), 34-38.
- Miotti, P. G., Taha, T. E. T., Kumwenda, N. I., Broadhead, R., Mtimaulye, L. A. R., Van der Hoeven, L., Chipangwi, J. D., Liomba, G., & Biggar, R. J. (1999). HIV transmission through breastfeeding: A study in Malawi. *Journal of the American Medical Association*, 282, 744-749.
- Miserandino, M. (1996). Children who do well in school: Individual differences in perceived competence and autonomy in above-average children. *Journal of Educational Psychology*, 88(2), 203-214.
- Misra, D. P., & Guyer, B. (1998). Benefits and limitations of prenatal care: From counting visits to measuring content. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1661-1662.
- Mitchell, B. A., Wister, A. V., & Burch, T. K. (1989). The family environment and leaving the parental home. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 605-613.
- Mitchell, E. A., Ford, R. P. K., Stewart, A. W., Taylor, B. J., Bescroft, D. M. O., Thompson, J. M. P., Scragg, R., Hassall, I. B., Barry, D. M. J., Allen, E. M., & Roberts, A. P. (1993). Smoking and the sudden infant death syndrome. *Pediatrics*, 91, 893-896.
- Mitchell, V., & Helson, R. (1990). Women's prime of life: Is it the 50s? *Psychology of Women Quarterly*, 16, 331-347.
- Mitka, M. (1998). Getting religion seen as help in being well. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1896-1897.
- Mix, K. S., Levine, S. C., & Huttenlocher, J. (1999). Early fraction calculation ability. *Developmental Psychology*, 35, 164-174.
- Miyake, K., Chen, S., & Campos, J. (1985). Infants' temperament, mothers' mode of interaction and attachment in Japan: An Interim report. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2, Serial No. 109), 276-297.
- Mlot, C. (1998). Probing the biology of emotion. *Science*, 280, 1005-1007.
- Modell, J. (1989). *Into one's own: From youth to adulthood in the United States, 1920-1975*. Berkeley: University of California Press.
- Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams, R. M., Jr. (1992). Successful aging: A life-course perspective on women's multiple roles and health. *American Journal of Sociology*, 97, 1612-1638.
- Moen, P., & Wethington, E. (1999). Midlife development in a life course context. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (pp. 1-23). San Diego: Academic Press.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, J., & Silva, P. A. (1992). Childhood experience and the onset of menarche: A test of a sociobiological model. *Child Development*, 63, 47-58.
- Mohs, M. E. (1994). Assessment of nutritional status in the aged. In R. R. Watson (Ed.), *Handbook of nutrition in the aged* (2nd ed, pp. 145-164). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Mokdad, A. H., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Bowman, B. A., Marks, J. S., & Koplan, J. P. (1999). The spread of the obesity epidemic in the United States, 1991-1998. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1519-1522.
- Molina, B. S. G., & Chassin, L. (1996). The parent-adolescent relationship at puberty: Hispanic ethnicity and parent alcoholism as moderators. *Developmental Psychology*, 32, 675-686.
- Money, J., & Ehrhardt, A. A. (1972). *Man and woman/Boy and girl*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Money, J., Hampson, J. G., & Hampson, J. L. (1955). Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. *Bulletin of Johns Hopkins Hospital*, 97, 284-300.
- Montague, C. T., Farooqi, I. S., Whitehead, J. P., Soos, M. A., Rau, H., Wareham, N. J., Sewter, C. P., Digby, J. E., Mohammed, S. N., Hurst, J. A., Cheetham, C. H., Earley, A. R., Barnett, A. H., Prins, J. B., & Orahilly, S. (1997). Congenital leptin deficiency is associated with severe early onset obesity in humans. *Nature*, 387, 903-908.
- Montgomery, L. E., Kiely, J. L., & Pappas, G. (1996). The effects of poverty, race, and family structure on U.S. children's health: Data from the NHIS, 1978 through 1980 and 1989 through 1991. *American Journal of Public Health*, 86, 1401-1405.
- Moon, C., Cooper, R. P. & Fifer, W. P. (1993). Two-day-olds prefer their native language. *Infant Behavior and Development*, 16, 495-500.
- Moon, C., & Fifer, W. P. (1990, April). *Newborns prefer a prenatal version of mother's voice*. Paper presented at the biannual meeting of the International Society of Infant Studies, Montreal, Canada.
- Moore, C., Jarrold, C., Russell, J., Lumb, A., Sapp, E., & MacCallum, F. (1995). Conflicting desire and the child's theory of mind. *Cognitive Development*, 10, 467-482.
- Moore, S. E., Cole, T. J., Poskitt, E. M. E., Sonko, B. J., Whitehead, R. G., McGregor, I. A., & Prentice, A. M. (1997). Season of birth predicts mortality in rural Gambia. *Nature*, 388, 434.
- Morelli, G. A., Rogoff, B., Oppenheim, D., & Goldsmith, D. (1992). Cultural variation in infants' sleeping arrangements: Questions of independence. *Developmental Psychology*, 28, 604-613.
- Morin, C. M., Colecchi, C., Stone, J., Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-life insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 281, 991-999.
- Morison, P., & Masten, A. S. (1991). Peer reputation in middle childhood as a predictor of adaptation in adolescence: A

- seven-year follow-up. *Child Development*, 62, 991-1007.
- Morison, S. J., Ames, E. W., & Chisholm, K. (1995).** The development of children adopted from Romanian orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly Journal of Developmental Psychology*, 41, 411-430.
- Morissette, P., Ricard, M., & Deearie, T. G. (1995).** Joint visual attention and pointing in infancy: A longitudinal study of comprehension. *British Journal of Developmental Psychology*, 13, 163-175.
- Morris, R., & Kratochwill, T. (1983).** *Treating children's fears and phobias: A behavioral approach*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Morris, R. D., Stuebing, K. K., Fletcher, J. M., Shaywitz, S. E., Lyon, G. R., Shankweiler, D. P., Katz, L., Francis, D. J., & Shaywitz, B. A. (1998).** Subtypes of reading disability: Variability around a phonological core. *Journal of Educational Psychology*, 90, 347-373.
- Morrison, D. R., & Cherlin, A. J. (1995).** The divorce process and young children's well-being: A prospective analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 800-812.
- Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Westergaard, T., Wohlfahrt, J., Ewald, H., Mors, O., Andersen, P. K., & Melbye, M. (1999).** Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 340, 603-608.
- Mortimer, J. T., Finch, M. D., Ryu, S., Shanahan, M. J., & Call, K. T. (1996).** The effects of work intensity on adolescent mental health, achievement, and behavioral adjustment: New evidence from a prospective study. *Child Development*, 67, 1243-1261.
- Mortimer, J. T., & Shanahan, M. J. (1991).** *Adolescent work experience and relations with peers*. Paper presented at the American Sociological Association Annual Meeting, Cincinnati, OH.
- Mosca, L., Barrett-Connor, E., D'Agostino, R. B., Flames, C., Hawthorne, V., Kannel, W. B., Kiel, J., Mitchell, B., Sutherland, S. E., Tyroler, H. A., Szklo, M., & Higgins, M. (1998).** Race and risk of premature death in the Women's Pooling Project. *Circulation*, 17, 1-97.
- Moscovitch, M., & Winocur, G. (1992).** The neuropsychology of memory and aging. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *Handbook of aging and cognition* (pp. 315-372). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Moses, L. J., & Flavell, J. H. (1990).** Inferring false belief from actions and reactions. *Child Development*, 61, 929-945.
- Mosher, W. D., & Pratt, W. F. (1991).** Fecundity and infertility in the United States: Incidence and trends. *Fertility and Sterility*, 56, 192-193.
- Moshman, D. (1998).** Cognitive development in childhood. In W. Damon (Series Ed.), D. Kuhn, & R. S. Siegler (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language* (5th ed., pp. 947-978). New York: Wiley.
- Moskow-McKenzie, D., & Manheimer, R. J. (1994).** *A planning guide to organize educational programs for older adults*. Asheville, NC: University Publications, UNCA.
- Moss, M. S., & Moss, S. Z. (1989).** The death of a parent. In R. A. Kalish (Ed.), *Midlife loss: Coping strategies*. Newbury Park, CA: Sage.
- Mounts, N. S., & Steinberg, L. (1995).** An ecological analysis of peer influence on adolescent grade point average and drug use. *Developmental Psychology*, 31, 915-922.
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998).** The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333-1349.
- MTA Cooperative Group. (1999).** A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- Mui, A. C. (1992).** Caregiver strain among black and white daughter caregivers: A role theory perspective. *The Gerontologist*, 32(2), 203, 212.
- Miiller, M. (1998).** *Anne Frank: The biography*. New York: Holt.
- Mullis, I. V. S., Martin, M. O., Beaton, A. E., Gonzalez, E. J., Kelly, D. L., & Smith, T. A. (1997).** *Mathematics achievement in the primary school years: IEA's Third International Mathematics and Science Study (TIMSS)*. Chestnut Hill, MA: TIMSS International Study Center, Boston College.
- Mulnard, R. A., Cotman, C. W., Kawas, C., van Dyck, C. H., Sano, M., Doody, R., Koss, E., Pfeiffer, E., Jin, S., Gamst, A., Grundman, M., Thomas, R., Thal, L. J., for the Alzheimer's Disease Cooperative Study. (2000).** Estrogen replacement therapy for treatment of mild to moderate Alzheimer disease: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1007-1015.
- Munakata, Y. (in press).** Task-dependency in infant behavior: Toward an understanding of the processes underlying cognitive development. In F. Lacerda, C. von Hofsten, & M. Heimann (Eds.), *Emerging cognitive abilities in early infancy*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Munakata, Y., McClelland, J. L., Johnson, M. J., & Siegler, R. S. (in press).** Rethinking infant knowledge: Toward an adaptive process account of successes and failures in object permanence tasks. *Psychological Review*.
- Munck, A., Guyre, R., & Holbrook, N. (1984).** Physiological functions of glucocorticoids in stress and their relation to pharmacological actions. *Endocrine Reviews*, 5, 25-44.
- Muñoz, K. A., Krebs-Smith, S. M., Ballard-Barbash, R., & Cleveland, L. E. (1997).** Food intakes of U.S. children and adolescents compared with recommendations. *Pediatrics*, 100, 323-329.
- Murachver, T., Pipe, M., Gordon, R., Owens, J. L., & Fivush, R. (1996).** Do show, and tell: Children's event memories acquired through direct experience, observation, and stories. *Child Development*, 67, 3029-3044.
- Muris, P., Merckelbach, H., & Collaris, R. (1997).** Common childhood fears and their origins. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 929-937.
- Murphy, C. M., & Bootzin, R. R. (1973).** Active and passive participation in the contact desensitization of snake fear in children. *Behavior Therapy*, 4, 203-211.
- Murray, A. D., Dolby, R. M., Naton, R. L., & Thomas, D. B. (1981).** Effects of epidural anesthesia on newborns and their mothers. *Child Development*, 52, 71-82.
- Murray, B. (1998, July 29).** Does "emotional intelligence" matter in the workplace? [On-line], *APA Monitor Online*. Available: <http://www.apa.org/monitor/jul98/emot.html>
- Murray, C. J. L., Michaud, C. M., McKenna, M., & Marks, J. (1998).** *U. S. county patterns of mortality by race, 1965-1994*. Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies.
- Murstein, B. I. (1980).** Mate selection in the 1970s. *Journal of Marriage and the Family*, 42, 777-792.
- Musick, M. A., Herzog, A. R., & House, J. S. (1999).** Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, S173-S180.
- Muskin, P. R. (1998).** The request to die. Role for a psychodynamic perspective on physician-assisted suicide. *Journal of the American Medical Association*, 279, 323-328.
- Mussen, P. H., & Jones, M. C. (1957).** Self-conceptions, motivations, and interpersonal attitudes of late- and early-maturing boys. *Child Development*, 28, 243-256.
- Must, A., Jacques, P. E., Dallal, G. E., Bajema, C. J., & Dietz, W. H. (1992).** Long-term morbidity and mortality of

- overweight adolescents: A follow-up of the Harvard Growth Study of 1922 to 1935. *New England Journal of Medicine*, 327(19), 1350-1355.
- Myers, D., & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- Myers, J. E., & Perrin, N. (1993). Grandparents affected by parental divorce: A population at risk? *Journal of Counseling and Development*, 72, 62-66.
- Myers, N., & Perlmutter, M. (1978). Memory in the years from 2 to 5. In P. Ornstein (Ed.), *Memory development in children*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Myerson, J., Shealy, D., & Stern, M. B. (Eds.). (1987). *The selected letters of Louisa May Alcott*. Boston: Little, Brown.
- Naeye, R. L., & Peters, E. C. (1984). Mental development of children whose mothers smoked during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 64, 601.
- Nakajima, F., & Mayor, E. (1996). Culture and health. *World Health*, 49(2), 13-15.
- Nakonezny, P. A., Shull, R. D., & Rodgers, L. (1995). The effect of no-fault divorce rate across the 50 states and its relation to income, education, and religiosity. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 477-488.
- Napiorkowski, B., Lester, B. M., Freier, C., Brunner, S., Dietz, L., Nadra, A., & Oh, W. (1996). Effects of in utero substance exposure on infant neurobehavior. *Pediatrics*, 98, 71-75.
- Nathanielsz, P. W. (1995). The role of basic science in preventing low birth weight. *The Future of Our Children*, 5(1), 57-70.
- National Center for Education Statistics (NCES). (1985). *The relationship of parental involvement to high school grades* (Publication No. NCES-85-205b). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Center for Education Statistics (NCES). (1987). *Who drops out of high school? From high school and beyond*. Washington, DC: U.S. Department of Education, Office of Educational Research and Improvement.
- National Center for Education Statistics (NCES). (1997). *The condition of education 1997: Women in mathematics and science* (NCES 97-982). Washington, DC: Author.
- National Center for Education Statistics (NCES). (1998a). *Violence and discipline problems in U.S. public schools: 1996-97: Executive summary* [On-line]. Available: <http://www.nces.ed.gov/pubs98/violence/98030001.html>
- National Center for Education Statistics (NCES). (1998b, June). *Nonresident fathers can make a difference in children's school performance* (Issue Brief, NCES 98-117). Washington, DC: U.S. Department of Education, Office of Educational Research and Improvement.
- National Center for Educational Statistics (NCES). (1999). *The condition of education*, 1999 (NCES 1999-022). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Center for Health Statistics (NCHS). (1992). *Annual summary of births, marriages, divorces, and deaths: United States, 1991* (Monthly Vital Statistics Report, 40). Washington, DC: U.S. Public Health Service.
- National Center for Health Statistics (NCHS). (1993). *Health, United States, 1992 and prevention profile*. Washington, DC: U.S. Public Health Service.
- National Center for Health Statistics (NCHS). (1994a). *Advance report of final natality statistics, 1992* (Monthly Vital Statistics Report, 43 [5, Suppl.]). Hyattsville, MD: U.S. Public Health Service.
- National Center for Health Statistics (NCHS). (1994b). *Health, United States, 1993*. Hyattsville, MD: U.S. Public Health Service.
- National Center for Health Statistics (NCHS). (1997). *Health, United States, 1996-97 and injury chartbook* (DHHS Publication No., PHS 97-1232). Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- National Center for Health Statistics (NCHS). (1998a). *Health, United States, 1998 with socioeconomic status and health chartbook*. Hyattsville, MD: Author.
- National Center for Health Statistics (NCHS). (1998b, November 19). *Smoking during pregnancy, 1990-96* [On-line]. Available: <http://www.cdc.gov/nchswww>
- National Center for Health Statistics (NCHS). (1999a). *Health, United States, 1999 with health and aging chartbook*. Hyattsville, MD: Author.
- National Center for Health Statistics (NCHS). (1999b, July 6). *Births, marriages, divorces, and deaths: Provisional data for 1998* (National Vital Statistics Reports, 47[21], DHHS Publication No. [PHS] 99-1120). Hyattsville, MD: Author.
- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information. (1997, May 16). *National child abuse and neglect statistical fact sheet* [On-line]. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. Available: <http://www.calib.com/nceanch/pubs/stats.html>
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). *Report*. Washington, DC: Author.
- National Commission on Youth. (1980). *The transition to adulthood: A bridge too long*. New York: Westview.
- National Committee for Citizens in Education (NCCE). (1986, Winter Holiday). *Don't be afraid to start a suicide prevention program in your school*. *Network for Public Schools*, pp. 1,4.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (1982). *Television and behavior: Ten years of scientific progress and implications for the eighties: Vol. 1. Summary report* (DHHS Publication No. ADM 82-1195). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (1999a, April). *Suicide facts* [On-line]. Washington, DC: Author. Available: <http://www.nimh.nih.gov/research/suifact.html>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (1999b, June 1). *Older adults: Depression and suicide facts* [On-line]. Washington, DC: Author. Available: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/elderlydepsuicide.htm>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (1999c, September 13). *In harm's way: Suicide in America* (Fact sheet) [On-line]. Washington, DC: Author. Available: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/harmaway.html>
- National Institute on Aging (NIA). (1980). *Senility: Myth or madness*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institute on Aging (NIA). (1993). *Bound for good health: A collection of Age Pages*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institute on Aging (NIA). (1994). *Age page: Sexuality in later life*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institute on Aging (NIA). (1995a). *Ageing and your eyes*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institute on Aging (NIA). (1995b). *Don't take it easy-exercise*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (1981, October). *Fact sheet: Selected statistics on alcohol and alcoholism*. Rockville, MD: National Clearinghouse for Alcohol Information.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (1995, July). *Alcohol alert* (No. 29-1995 [PH 357]). Bethesda, MD: Author.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (1996a, April). *Alcohol alert* (No. 32-1996 [PH 363]). Bethesda, MD: Author.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (1996b, July).

- Alcohol alert* (No. 33-1996 [PH 366]). Bethesda, MD: Author.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).** (1998, April). *Alcohol and aging* (Alcohol Alert, No. 40) [On-line]. Washington, DC: Author. Available: <http://silnk.nih.gov/silnk/niaaal/publication/aa40.html>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA).** (1996). *Monitoring the future*. Washington, DC: National Institutes of Health.
- National Institutes of Health (NIH).** (1992, December 7-9). Impotence (*NIH Consensus Statement*, 10(4)). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- National Institutes of Health (NIH).** (1998). Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *NIH Consensus Statement*, 16(2), 1-37.
- National Institutes of Health (NIH) Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health.** (1996). Physical activity and cardiovascular health. *Journal of the American Medical Association*, 276, 241-246.
- National Institutes of Health/National Institute on Aging (NIH/NIA).** (1993, May). *In search of the secrets of aging* (NIH Publication No. 93-2756). Washington, DC: National Institutes of Health.
- National Parents' Resource Institute for Drug Education.** (1999, September 8). *PRIDE surveys, 1998-99 national summary: Grades 6-12*. Bowling Green, KY: Author.
- National Research Council (NRC).** (1993a). *Losing generations: Adolescents in high-risk settings*. Washington, DC: National Academy Press.
- National Research Council (NRC).** (1993b). *Understanding child abuse and neglect*. Washington, DC: National Academy Press.
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity.** (1993). Very low-calorie diets. *Journal of the American Medical Association*, 270, 967-974.
- National Television Violence Study: Key findings and recommendations.** (1996, March). *Young Children*, 5(3), 54-55.
- Needleman, H. L., & Gatsonis, C. A.** (1990). Low-level lead exposure and the IQ of children: A meta-analysis of modern studies. *Journal of the American Medical Association*, 263, 673-678.
- Needleman, H. L., Riess, J. A., Tobin, M. J., Biesecker, G. E., & Greenhouse, J. B.** (1996). Bone lead levels and delinquent behavior. *Journal of the American Medical Association*, 275, 363-369.
- Neeley, A. S., & Bäckman, L.** (1993). Long-term maintenance gain from memory training in older adults: Two 3 1/2 year follow-up studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48, P233-237.
- Neeley, A. S., & Bäckman, L.** (1995). Effects of multifactorial memory training in old age: Generalizability across tasks and individuals. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 50B, P134-140.
- Neisser, U.** (1976). General, academic, and artificial intelligence. In L. Resnick (Ed.), *Human intelligence: Perspectives on its theory and measurement* (pp. 179-189). Norwood, NJ: Ablex.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Jr., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., Halpern, D. E., Loehlin, J. C., Perloff, R., Sternberg, R. J., & Urbina, S.** (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51(2), 77-101.
- Nelson, C. A.** (1995). The ontogeny of human memory: A cognitive neuroscience perspective. *Developmental Psychology*, 31, 723-738.
- Nelson, C. A., & Collins, P. E.** (1991). Event-related potential and looking-time analysis of infants' responses to familiar and novel events: Implications for visual recognition memory. *Developmental Psychology*, 27, 50-58.
- Nelson, C. A., & Collins, P. F.** (1992). Neural and behavioral correlates of recognition memory in 4- and 8-month-old infants. *Brain and Cognition*, 19, 105-121.
- Nelson, C. A., Henschel, M., & Collins, P. E.** (1993). Neural correlates of cross-modal recognition memory in 8-month-old infants. *Developmental Psychology*, 29, 411-420.
- Nelson, J.** (1994, December 18). Motive behind Carter's missions spark debate. *Chicago Sun-Times*, p. 40.
- Nelson, K.** (1973). Structure and strategy in learning to talk. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 38(1-2).
- Nelson, K.** (1981). Individual differences in language development: Implications for development and language. *Developmental Psychology*, 17, 170-187.
- Nelson, K.** (1992). Emergence of autobiographical memory at age 4. *Human Development*, 35, 172-177.
- Nelson, K.** (1993a). Events, narrative, memory: What develops? In C. Nelson (Ed.), *Memory and affect in development: The Minnesota Symposia on Child Psychology* (Vol. 26, pp. 1-24). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Nelson, K.** (1993b). The psychological and social origins of autobiographical memory. *Psychological Science*, 47, 1-14.
- Nelson, K. B., Dambrosia, J. M., Ting, T. Y., & Grether, J. K.** (1996). Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy. *New England Journal of Medicine*, 334, 613-618.
- Nelson, M. E., Fiatarone, M. A., Morganti, C. M., Trice, I., Greenberg, R. A., & Evans, W. J.** (1994). Effects of high-intensity strength training on multiple risk factors for osteoporotic fractures: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1909-1914.
- Neporent, L.** (1999, January 12). Balancing exercises keep injuries at bay. *The New York Times*, p. D8.
- Neppl, T. K., & Murray, A. D.** (1997). Social dominance and play patterns among preschoolers: Gender comparisons. *Sex Roles*, 36, 381-393.
- Ness, R. B., Grisso, J. A., Hirschinger, N., Markovic, N., Shaw, L. M., Day, N. L., & Kline, J.** (1999). Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. *New England Journal of Medicine*, 340, 333-339.
- Netherlands State Institute for War Documentation.** (1989). *The diary of Anne Frank: The critical edition* (D. Barnouw & G. van der Stroom, Eds.; A. J. Pomerans & B. M. Mooyaart-Doubleday, Trans). New York: Doubleday.
- Neugarten, B. L.** (1967). The awareness of middle age. In R. Owen (Ed.), *Middle age*. London: BBC.
- Neugarten, B. L.** (1968). Adult personality: Toward a psychology of the life cycle. In B. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L.** (1977). Personality and aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R., & Tobin, S.** (1968). Personality and patterns of aging. In B. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L., Moore, J. W., & Lowe, J. C.** (1965). Age norms, age constraints, and adult socialization. *American Journal of Sociology*, 70, 710-717.
- Neugarten, B. L., & Neugarten, D. A.** (1987, May). The changing meanings of age. *Psychology Today*, pp. 29-33.
- Neugebauer, R., Hoek, H. W., & Susser, E.** (1999). Prenatal exposure to wartime famine and development of antisocial personality disorder in early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 282, 455-462.
- Newacheck, P. W., Stoddard, J. J., & McManus, M.** (1993). Ethnocultural variations in the prevalence and impact of childhood chronic conditions. *Pediatrics*, 91, 1031-1047.

- Newacheck, P. W., Strickland, B., Shonkoff, J. P., Perrin, J. M., McPherson, M., McManus, M., Lauver, C., Fox, H., & Arango, P. (1998). An epidemiologic profile of children with special health care needs. *Pediatrics*, 102, 117-123.
- Newcomb, A. F., & Bagwell, C. L. (1995). Children's friendship relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 117(2), 306-347.
- Newcomb, A. F., Bukowski, W. M., & Pattee, L. (1993). Children's peer relations: A meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial, and average sociometric status. *Psychological Bulletin*, 113, 99-128.
- Newcombe, N., & Fox, N. A. (1994). Infantile amnesia: Through a glass darkly. *Child Development*, 65, 31-40.
- Newcombe, N., Huttenlocher, J., Drummey, A. B., & Wiley, J. C. (1998). The development of spatial location coding: Place learning and dead reckoning in the second and third years. *Cognitive Development*, 13, 185-201.
- Newman, D. L., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1997). Antecedents of adult interpersonal functioning: Effects of individual differences in age 3 temperament. *Developmental Psychology*, 33, 206-217.
- Newman, J. (1995). How breast milk protects newborns. *Scientific American*, 273, 76-79.
- Newman, P. R. (1982). The peer group. In B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Newnham, J. R., Evans, S. F., Michael, C. A., Stanley, F. J., & Landau, L. I. (1993). Effects of frequent ultrasound during pregnancy: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 342, 887-891.
- Newport, E., & Meier, R. (1985). The acquisition of American Sign Language. In D. Slobin (Ed.), *The crosslinguistic study of language acquisition* (Vol. 1, pp. 881-938). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Newport, E. L. (1991). Contrasting conceptions of the critical period for language. In S. Carey & R. Gelman (Eds.), *The epigenesis of mind: Essays on biology and cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Newson, J., Newson, E., & Mahalski, P. A. (1982). Persistent infant comfort habits and their sequelae at 11 and 16 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 23, 421-436.
- NFO Research, Inc. (1999). AARP/Modern Maturity sexuality survey: Summary of findings. [On-line]. Available: <http://research.aarp.org/health/mmsexsurvey1.html>.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1996). Characteristics of infant child care: Factors contributing to positive caregiving. *Early Childhood Research Quarterly*, 11, 269-306.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1997a). The effects of infant child care on infant-mother attachment security: Results of the NICHD study of early child care. *Child Development*, 68, 860-879.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1997b). Familial factors associated with the characteristics of nonmaternal care for infants. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 389-408.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1997c, April). *The relationship of child care to cognitive and language development*. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1998a). Early child care and self-control, compliance and problem behavior at twenty-four and thirty-six months. *Child Development*, 69, 1145-1170.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1998b, November). *When child-care classrooms meet recommended guidelines for quality*. Paper presented at the meeting of the National Association for the Education of Young People.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1999a). Child care and mother-child interaction in the first 3 years of life. *Developmental Psychology*, 35, 1399-1413.
- NICHD Early Child Care Research Network. (1999b). Child outcomes when child care center classes meet recommended standards for quality. *American Journal of Public Health*, 89, 1072-1077.
- NICHD Early Child Care Research Network. (in press). Relations between family predictors and child outcomes: Are they weaker for children in child care? *Developmental Psychology*.
- Nielsen, K., McSherry, G., Petru, A., Frederick, T., Wara, D., Bryson, Y., Martin, N., Hutto, C., Ammann, A. J., Grubman, S., Oleske, J., & Scott, G. B. (1997). A descriptive survey of pediatric human immunodeficiency virus-infected long-term survivors [On-line]. *Pediatrics*, 99. Available: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/4/e4>
- NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. (1996). Physical activity and cardiovascular health. *Journal of the American Medical Association*, 276, 241-246.
- Nisan, M., & Kohlberg, L. (1982). Universality and variation in moral judgment: A longitudinal and cross-sectional study in Turkey. *Child Development*, 53, 865-876.
- Nishimura, H., Hashikawa, K., Doi, K., Iwaki, T., Watanabe, Y., Kusuoka, H., Nishimura, T., & Kubo, T. (1999). Sign language 'heard' in the auditory cortex. *Nature*, 397, 116.
- Nishio, H. K. (1994). Japan's welfare vision: Dealing with a rapidly increasing elderly population. In L. K. Olson (Ed.), *The graying of the world: Who will care for the trail elderly?* (pp. 233-260). New York: Haworth.
- Niskar, A. S., Kieszak, S. M., Holmes, A., Esteban, E., Rubin, C., & Brody D. J. (1998). Prevalence of hearing loss among children 6 to 19 years of age The third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1071-1075.
- Nobre, A. C., & Plunkett, K. (1997). The neural system of language: Structure and development. *Current Opinion in Neurobiology*, 7, 262-268.
- Nock, S. L. (1995). Commitment and dependency in marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 503-514.
- Noelker, L. S., & Whitlatch, C. J. (1995). Caregiving. In G. E. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (pp. 144-146). New York: Springer.
- Noirot, E., & Algeria, J. (1983). Neonate orientation towards human voice differs with type of feeding. *Behavioral Processes*, 8, 65-71.
- Nojima, M. (1994). Japan's approach to continuing education for senior citizens. *Educational Gerontology*, 20, 463-471.
- Norton, A. J., & Miller, L. F. (1992). *Marriage, divorce, and remarriage* (Current Population Reports, Series P23-188). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Norton, A. J., & Moorman, J. E. (1987). Current trends in marriage and divorce among American women. *Journal of Marriage and the Family*, 49(1), 3-14.
- Notelovitz, M., & Ware, M. (1983). *Stand tall: The informed woman's guide to preventing osteoporosis*. Gainesville, FL: Triad.
- Notzon, F. C. (1990). International differences in the use of obstetric interventions. *Journal of the American Medical Association*, 263(24), 3286-3291.
- Notzon, F. C., Komarov, Y. M., Ermakov, S. P., Sempos, C. T., Marks, J. S., & Sempos, E. V. (1998). Causes of declining life expectancy in Russia. *Journal of the American Medical Association*, 279, 793-800.
- Nourot, P. M. (1998). Sociodramatic play: Pretending together. In D. P. Fromberg &

- D. Bergen (Eds.), *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (pp. 378-391). New York: Garland.
- Novak, K. (1999).** Amyloid- α vaccine for Alzheimer disease. *Nature Medicine*, 5, 870.
- NOW Legal Defense and Education Fund & Chernow-O'Leary, R. (1987).** *The state-by-state guide to women's legal rights*. New York: McGraw-Hill.
- Nozyce, M., Hittelman, J., Muertz, L., Durako, S. J., Fischer, M. L., & Willoughby, A. (1994).** Effect of perinatally acquired human immunodeficiency virus infection on neurodevelopment in children during the first two years of life. *Pediatrics*, 94, 883-891.
- Nsamenang, A. B. (1987).** A West African perspective. In M. E. Lamb (Ed.), *The father's role: Cross-cultural perspectives* (pp. 273-293). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Nsamenang, A. B. (1992a).** *Human development in a third world context*. Newbury Park: Sage.
- Nsamenang, A. B. (1992b).** Perceptions of parenting among the Nso of Cameroon. *Father-child relations: Cultural and biosocial contexts* (pp. 321-344). New York: de Gruyter.
- Nucci, L., & Smetana, J. G. (1996).** Mothers' concepts of young children's areas of personal freedom. *Child Development*, 67, 1870-1886.
- Nugent, J. K. (1991).** Cultural and psychological influences on the father's role in infant development. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 475-485.
- Nugent, J. K., Lester, B. M., Greene, S. M., Wieczorek-Deering, D., & O'Mahony, P. (1996).** The effects of maternal alcohol consumption and cigarette smoking during pregnancy on acoustic cry analysis. *Child Development*, 67, 1806-1815.
- Nugent, T. (1999, September).** At risk: 4 million students with asthma: Quick access to rescue inhalers critical for schoolchildren. *AAP News*, pp. 1,10.
- Nuland, S. B. (2000).** Physician-assisted suicide and euthanasia in practice. *New England Journal of Medicine*, 342, 583-584.
- Nussbaum, R. L. (1998).** Putting the parkin into Parkinson's. *Nature*, 392, 544-545.
- Nyiti, R. M. (1982).** The validity of "cultural differences explanations" for cross-cultural variation in the rate of Piagetian cognitive development. In H. W. Stevenson & D. A. Wagner (Eds.), *Cultural perspectives on child development* (pp. 146-166). San Francisco: W. H. Freeman.
- Oakes, J., Gamoran, A., & Page, R. N. (1992).** Curriculum differentiation: Opportunities, outcomes, and meanings. In P. W. Jackson (Ed.), *Handbook of research on curriculum* (pp. 570-608). New York: Macmillan.
- Oakes, L. M. (1994).** Development of infants' use of continuity cues in their perception of causality. *Developmental Psychology*, 30, 869-879.
- O'Bryant, S. L. (1988).** Sibling support and older widows' well-being. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 173-183.
- O'Bryant, S. L. (1990-1991).** Forewarning of a husband's death: Does it make a difference for older widows? *Omega*, 22, 227-239.
- O'Connor, B. P., & Vallerand, R. J. (1998).** Psychological adjustment variables as predictors of mortality among nursing home residents. *Psychology and Aging*, 13(3), 368-374.
- O'Connor, M. J., Cohen, S., & Parmelee, A. H. (1984).** Infant auditory discrimination in preterm and full-term infants as a predictor of 5-year intelligence. *Developmental Psychology*, 20, 159-165.
- Offer, D. (1969).** *The psychological world of the teenager: A study of normal adolescent boys*. New York: Basic Books.
- Offer, D. (1987).** In defense of adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 257, 3407-3408.
- Offer, D., & Church, R. B. (1991).** Generation gap. In R. M. Lerner, A. C. Petersen, & J. Brooks-Gunn (Eds.), *Encyclopedia of adolescence* (pp. 397-399). New York: Garland.
- Offer, D., & Offer, J. B. (1974).** Normal adolescent males: The high school and college years. *Journal of the American College Health Association*, 22, 209-215.
- Offer, D., Ostrov, E., & Howard, K. I. (1989).** Adolescence: What is normal? *American Journal of Diseases of Children*, 143, 731-736.
- Offer, D., Ostrov, E., Howard, K. I., & Atkinson, R. (1988).** *The teenage world: Adolescents' self-image in ten countries*. New York: Plenum.
- Offer, D., & Schonert-Reichl, K. A. (1992).** Debunking the myths of adolescence: Findings from recent research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1003-1014.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., & Racine, Y. A. (1989).** Ontario Child Health Study: Correlates of conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 856-860.
- Ogden, C. L., Troiano, R. R., Briefel, R. R., Kuczmarski, R. J., Flegal, K. M., & Johnson, C. L. (1997).** Prevalence of overweight among preschool children in the United States, 1971 through 1994 [On-line]. *Pediatrics*, 99. Available: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/4/e1>
- O'Grady-LeShane, R. (1993).** Changes in the lives of women and their families: Have old age pensions kept pace? *Generations*, 17(4), 27-31.
- Okun, S. (1988, January 29).** Opera coach died in his "house of worship." *The New York Times*, pp. B1, B3.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., & Tatelbaum, R. (1994a).** Intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy. *Pediatrics*, 93, 221-227.
- Olds, D. L., Henderson, C. R., & Tatelbaum, R. (1994b).** Prevention of intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy. *Pediatrics*, 93, 228-233.
- Olds, S. W. (1989).** *The working parents' survival guide*. Rocklin, CA: Prima.
- Oliver, M. B., & Hyde, J. S. (1993).** Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 29-51.
- O'Leary, K. D., Barling, J., Arias, I., Rosenbaum, A., Malone, J., & Tyree, A. (1989).** Prevalence and stability of physical aggression between spouses: A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 263-268.
- Olmsted, P. P., & Weikart, D. P. (Eds.). (1994).** *Family speak: Early childhood care and education in eleven countries*. Ypsilanti, MI: High/Scope.
- Olweus, D. (1995).** Bullying or peer abuse at school: Facts and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 196-200.
- O'Rahilly, S. (1998).** Life without leptin. *Nature*, 392, 330-331.
- Orbuch, T. L., House, J. S., Mero, R. P., & Webster, P. S. (1996).** Marital quality over the life course. *Social Psychology Quarterly*, 59, 162-171.
- Orentlicher, D. (1996).** The legalization of physician-assisted suicide. *New England Journal of Medicine*, 335, 663-667.
- Orr, D. P., & Ingersoll, G. M. (1995).** The contribution of level of cognitive complexity and pubertal timing to behavioral risk in young adolescents. *Pediatrics*, 95(4), 528-533.
- Orr, R., & Luszcz, M. (1994).** Rethinking women's ways: Gender commonalities and intersections with postformal thought. *Journal of Adult Development*, 1, 225-234.
- Orr, W. C., & Sohal, R. S. (1994).** Extension of life-span by overexpression of superoxide dismutase and catalase in *Drosophila melanogaster*. *Science*, 263, 1128-1130.
- Ortiz, A. D. (1996).** *Eva Perón* (S. Fields, Trans.). New York: St. Martin's.

- Oshima, S. (1996, July 5). Japan: Feeling the strains of an aging population. *Science*, pp. 44-45.
- Oshima-Takane, Y., Goodz, E., & Derevensky, J. L. (1996). Birth order effects on early language development: Do secondborn children learn from overheard speech? *Child Development*, 67, 621-634.
- Ostrea, E. M., & Chavez, C. J. (1979). Perinatal problems (excluding neonatal withdrawal) in maternal drug addiction: A study of 830 cases. *Journal of Pediatrics*, 94(2), 292-295.
- O'Sullivan, J. T., Howe, M. L., & Marche, T. A. (1996). Children's beliefs about long-term retention. *Child Development*, 67, 2989-3009.
- Ott, A., Slooter, A. J. C., Hofman, A., Van Harskamp, F., Wittman, J. C. M., Van Broeckhoven, C., Van Duijn, C. M., & Breteler, M. M. B. (1998). Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population based cohort study. *Lancet*, 351, 1840-1843.
- Otten, M. W., Teutsch, S. M., Williamson, D. E., & Marks, J. S. (1990). The effect of known risk factors on the excess mortality of black adults in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 263(6), 845-850.
- Owens, J. E., Matthews, K. A., Wing, R., & Kuller, L. H. (1992). Can physical activity mitigate the effects of aging in middle-aged women? *Circulation*, 85(3), 1265-1270.
- Owens, R. E. (1996). *Language development* (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Owsley, C., Ball, K., McGwin, G., Jr., Sloane, M. E., Roenker, D. L., White, M. E., & Overley, E. T. (1998). Visual processing impairment and crash risk among older adults. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1083-1088.
- Padden, C. A. (1996). Early bilingual lives of deaf children. In I. Parasnian (Ed.), *Cultural and language diversity and the Deaf experience* (pp. 99-116). New York: Cambridge University Press.
- Paden, S. L., & Buehler, C. (1995). Coping with the dual-income lifestyle. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 101-110.
- Padilla, A. M., Lindholm, K. J., Chen, A., Durán, R., Hakuta, K., Lambert, W., & Tucker, G. R. (1991). The English-only movement: Myths, reality and implications for psychology. *American Psychologist*, 46(2), 120-130.
- Paganini-Hill, A., & Henderson, V. W. (1994). Estrogen deficiency and risk of Alzheimer's disease in women. *American Journal of Epidemiology*, 140, 256-261.
- Palella, E. J., Delaney, K. M., Moorman, A. C., Loveless, M. O., Fuhrer, J., Satten, G. A., Aschman, D. J., Holmberg, S. D., & the HIV Outpatient Study investigators. (1998). Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 338, 853-860.
- Palkovitz, R. (1985). Fathers' birth attendance, early contact, and extended contact with their newborns: A critical review. *Child Development*, 56, 392-406.
- Pally, R. (1997). How brain development is shaped by genetic and environmental factors. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 587-593.
- Papalia, D. (1972). The status of several conservation abilities across the lifespan. *Human Development*, 15, 229-243.
- Papola, P., Alvarez, M., & Cohen, H. J. (1994). Developmental and service needs of school-age children with human immunodeficiency virus infection: A descriptive study. *Pediatrics*, 94, 914-918.
- Pappas, G., Queen, S., Hadden, W., & Fisher, G. (1993). The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. *New England Journal of Medicine*, 329, 103-109.
- Paris, S. G., & Lindauer, B. K. (1976). The role of inference in children's comprehension and memory for sentences. *Cognitive Psychology*, 8, 217-227.
- Parish, S., Collins, R., Peto, R., Youngman, L., Barton, J., Jayne, K., Clarke, R., Appleby, P., Lyon, V., Cederholm-Williams, S., Marshall, J., & Sleight, P. for the International Studies of Infarct Survival (ISIS). (1995). Cigarette smoking, tar yields, and non-fatal myocardial infarction: 14,000 cases and 32,000 controls in the United Kingdom. *British Medical Journal*, 311, 471-477.
- Park, A. (1995, October 2). One way to test your EQ. *Time*, pp. 64-65.
- Park, D. C. (1992). Applied cognitive aging research. In F. I. M. Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *Handbook of aging and cognition* (pp. 449-494). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Park, S., Belsky, J., Putnam, S., & Crnic, K. (1997). Infant emotionality, parenting, and 3-year inhibition: Exploring stability and lawful discontinuity in a male sample. *Developmental Psychology*, 33, 218-227.
- Parke, R. D., & Buriel, R. (1998). Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 463-552). New York: Wiley.
- Parke, R. D., Grossman, K., & Tinsley, R. (1981). Father-mother-infant interaction in the newborn period: A German American comparison. In T. M. Field, A. M. Sostek, P. Viète, & P. H. Leiderman (Eds.), *Culture and early interaction*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Parke, R. D., Ornstein, P. A., Rieser, J. J., & Zahn-Waxler, C. (1994). The past as prologue: An overview of a century of developmental psychology. In R. D. Parke, P. A. Ornstein, J. J. Rieser, & C. Zahn-Waxler (Eds.), *A century of developmental psychology* (pp. 1-70). Washington, DC: American Psychological Association.
- Parke, R. D., & Tinsley, B. R. (1981). The father's role in infancy: Determinants of involvement in caregiving and play. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- Parker, R. A., & Aldwin, C. M. (1997). Do aspects of gender identity change from early to middle adulthood? Disentangling age, cohort, and period effects. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 67-107). Chicago: University of Chicago Press.
- Parkes, T. L., Elia, A. J., Dickinson, D., Hilliker, A. J., Phillips, J. P., & Boulianne, G. L. (1998). Extension of *Drosophila* lifespan by overexpression of human SOD1 in motorneurons. *Nature Genetics*, 19, 171-174.
- Parmelee, A. H. (1986). Children's illnesses: Their beneficial effects on behavioral development. *Child Development*, 57, 1-10.
- Parmelee, A. H., Wenner, W. H., & Schulz, H. R. (1964). Infant sleep patterns: From birth to 16 weeks of age. *Journal of Pediatrics*, 65, 576.
- Parnes, H. S., & Sommers, D. G. (1994). Shunning retirement: Work experience of men in their seventies and early eighties. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 49, SI 17-124.
- Parrish, K. M., Holt, V. L., Easterling, T. R., Connell, E. A., & LeGerfo, J. P. (1994). Effect of changes in maternal age, parity, and birth weight distribution on primary cesarean delivery rates. *Journal of the American Medical Association*, 271, 443-447.
- Parten, M. B. (1932). Social play among preschool children. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 27, 243-269.
- Pascarella, E. T., Edison, M. I., Nora, A., Hagedorn, L. S., & Terenzini, P. T. (1998). Does work inhibit cognitive development during college? *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 20, 75-93.

- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., & Macera, C. A. (1995). Physical activity and public health. *Journal of the American Medical Association*, 273, 402-407.
- Patterson, C. J. (1992). Children of lesbian and gay parents. *Child Development*, 63, 1025-1042.
- Patterson, C. J. (1995a). Lesbian mothers, gay fathers, and their children. In A. R. D'Augelli & C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 293-320). New York: Oxford University Press.
- Patterson, C. J. (1995b). Sexual orientation and human development: An overview. *Developmental Psychology*, 31, 3-11.
- Patterson, C. J. (1997). Children of gay and lesbian parents. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 19, pp. 235-282). New York: Plenum.
- Patterson, C. J., & Redding, R. E. (1996). Lesbian and gay families with children: Implications of social science research for policy. *Journal of Social Issues*, 52(3), 29-50.
- Patterson, G. R. (1995). Coercion—A basis for early age of onset for arrest. In J. McCord (Ed.), *Coercion and punishment in long-term perspective* (pp. 81-105). New York: Cambridge University Press.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44(2), 329-335.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., & Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development*, 55, 1299-1307.
- Paul, E. L. (1997). A longitudinal analysis of midlife interpersonal relationships and well-being. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 171-206). Chicago: University of Chicago Press.
- Paveza, G. J., Cohen, D., Eisdorfer, C., Freels, S., Semla, T., Ashford, J. W., Gorelick, P., Hirschman, R., Luchins, D., & Levy, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 32(4), 493-497.
- Pearlin, L. I. (1980). Life strains and psychological distress among adults. In N. J. Smelser & E. H. Erikson (Eds.), *Themes of work and love in adulthood*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Pearson, J. D., Morell, C. H., Gordon-Salant, S., Brant, L. J., Metter, E. J., Klein, L., & Fozard, J. L. (1995). Gender differences in a longitudinal study of age-associated hearing loss. *Journal of the Acoustical Society of America*, 97, 1196-1205.
- Pellegrini, A. D. (1998). Rough-and-tumble play from childhood through adolescence. In D. P. Fromberg & D. Bergen (Eds.), *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (pp. 401-408). New York: Garland.
- Pellegrini, A. D., & Smith, P. K. (1998). Physical activity play: The nature and function of a neglected aspect of play. *Child Development*, 69, 577-598.
- Pelleymounter, N. A., Cullen, M. J., Baker, M. B., Hecht, R., Winters, D., Boone, T., & Collins, F. (1995). Effects of the obese gene product on body regulation in ob/ob mice. *Science*, 269, 540-543.
- Penninx, B. W. J. H., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Deeg, D. J. H., & Wallace, R. B. (1998). Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1720-1726.
- Pennisi, E. (1998). Single gene controls fruit fly life-span. *Science*, 282, 856.
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses*. Berkeley: University of California Press.
- Pepper, S. C. (1961). *World hypotheses*. Berkeley: University of California Press.
- Pérez-Stable, E. J., Herrera, B., Jacob, R., III, & Benowitz, N. L. (1998). Nicotine metabolism and intake in black and white smokers. *Journal of the American Medical Association*, 280, 152-156.
- Perlmutter, M., Kaplan, M., & Nyquist, L. (1990). Development of adaptive competence in adulthood. *Human Development*, 33, 185-197.
- Perls, T. T., Alpert, L., & Fretts, R. C. (1997). Middle-aged mothers live longer. *Nature*, 389, 133.
- Peris, T. T., Hutter-Silver, M., & Lauerman, J. E. (1999). *Living to 100: Lessons in living to your maximum potential at any age*. New York: Basic Books.
- Perón, E. (1951). *La razón de mi vida*. Buenos Aires: Ediciones Peuser.
- Perozynski, L., & Kramer, L. (1999). Parental beliefs about managing sibling conflict. *Developmental Psychology*, 35, 489-499.
- Perrucci, C. C., Perrucci, R., & Targ, D. B. (1988). *Plant closings*. New York: Aldine.
- Perry, D. (1995, March 3-9). Merciful end? Couple's suicide raises profound questions. *Chicago Jewish News*, p. 10.
- Perry W. G. (1970). *Forms of intellectual and ethical development in the college years*. New York: Holt.
- Perusse, L., Chagnon, Y. C., Weisnagel, J., & Bouchard, C. (1999). The human obesity gene map: The 1998 update. *Obesity Research*, 7, 111-129.
- Peskin, H. (1967). Pubertal onset and ego functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 1-15.
- Peskin, H. (1973). Influence of the developmental schedule of puberty on learning and ego functioning. *Journal of Youth and Adolescence*, 2, 273-290.
- Peter D. Hart Research Associates. (1999). *The new face of retirement*. Washington, DC: Author.
- Peters, K. D., Kochanek, K. D., & Murphy, S. L. (1998). Deaths: Final data for 1996 (*National Vital Statistics Reports*, 47[9]). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Petersen, A. C. (1991, April). *American adolescence: How it affects girls*. Paper presented at the Gisela Konopka Lecture, University of Minnesota, Minneapolis.
- Petersen, A. C. (1993). Presidential address: Creating adolescents: The role of context and process in developmental transitions. *Journal of Research on Adolescents*, 3(1), 1-18.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-168.
- Petersen, A. C., Kennedy, R. E., & Sullivan, P. (1991). Coping with adolescence. In M. E. Colten & S. Gore (Eds.), *Adolescent stress: Causes and consequences* (pp. 93-110). New York: Aldine de Gruyter.
- Peterson, C., & McCabe, A. (1994). A social interactionist account of developing decontextualized narrative skill. *Developmental Psychology*, 30, 937-948.
- Peterson, C. C. (1996). The ticking of the social clock: Adults' beliefs about the timing of transition events. *International Journal of Aging and Human Development*, 42(3), 189-203.
- Peterson, J. L., Moore, K. A., & Furstenberg, F. F., Jr. (1991). Television viewing and early initiation of sexual intercourse: Is there a link? *Journal of Homosexuality*, 21, 93-118.
- Peth-Pierce, R. (1998). *The NICHD study of early child care* [On-line]. Available: http://www.nih.gov/nichd/html/news/early-child/Early_Child_Care.html
- Petitto, L. A., & Marentette, P. F. (1991). Babbling in the manual mode: Evidence for the ontogeny of language. *Science*, 251, 1493-1495.
- Pettit, G. S., Bates, J. E., & Dodge, K. A. (1997). Supportive parenting, ecological context, and children's adjustment: A seven-year longitudinal study. *Child Development*, 68, 908-923.

- Pettit, E. J., & Bloom, B. L. (1984). Whose decision was it? The effects of initiator status on adjustment to marital disruption. *Journal of Marriage and the Family*, 46(3), 587-595.
- Phelps, J. A., Davis, J. O., & Schartz, K. M. (1997). Nature, nurture, and twin research strategies. *Current Directions in Psychological Science*, 6(5), 117-121.
- Phillips, D. F. (1998). Reproductive medicine experts till an increasingly fertile field. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1893-1895.
- Phillips, D. P. (1992). The birthday: Lifeline or deadline? *Psychosomatic Medicine*, 54(5), 532-542.
- Phillips, D. P. & King, E. W. (1988, September 24). Death takes a holiday: Mortality surrounding major social occasions. *The Lancet*, pp. 728-732.
- Phillips, D. P. & Smith, D. G. (1990). Postponement of death until symbolically meaningful occasions. *Journal of the American Medical Association*, 263, 1947-1951.
- Phillips, R. B., Sharma, R., Premachandra, B. R., Vaughn, A. I., & Reyes-Lee, M. (1996). Intrauterine exposure to cocaine: Effect on neurobehavior of neonates. *Infant Behavior and Development*, 19, 71-81.
- Phillips, S., & Sandstrom, K. L. (1990). Parental attitudes towards youth work. *Youth and Society*, 22, 160-183.
- Phinney, J. S. (1993). Multiple group identities: Differentiation, conflict, and integration. In J. Kroger (Ed.), *Discussions on ego identity* (pp. 47-73). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Phinney, J. S., & Alipuria, L. L. (1998). At the interface of cultures: Multiethnic/multiracial high school and college students. In R. E. Muuss & H. D. Porton (Eds.), *Adolescent behavior and society: A book of readings* (pp. 334-348). Boston: McCraw-Hill.
- Piaget, J. (1929). *The child's conception of the world*. New York: Harcourt Brace.
- Piaget, J. (1932). *The moral judgment of the child*. New York: Harcourt Brace.
- Piaget, J. (1951). *Play, dreams, and imitation* (C. Gattegno & F. M. Hodgson, Trans.). New York: Norton.
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: International Universities Press. (Original work published 1936)
- Piaget, J. (1962). *The language and thought of the child* (M. Gabain, Trans.). Cleveland, OH: Meridian. (Original work published 1923)
- Piaget, J. (1969). *The child's conception of time* (A. J. Pomerans, Trans.). London: Routledge & Kegan Paul.
- Piaget, J. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15, 1-12.
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1967). *The child's conception of space*. New York: Norton.
- Pianezza, M. L., Sellers, E. M., & Tyndale, R. F. (1998). Nicotine metabolism defect reduces smoking. *Nature*, 393, 750.
- Pickens, J., & Field, T. (1993). Facial expressivity in infants of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 29, 986-988.
- Pierce, J. P., Lee, L., & Gilpin, E. A. (1994). Smoking initiation by adolescent girls, 1944 through 1988: An association with targeted advertising. *Journal of the American Medical Association*, 271, 608-611.
- Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28(1), 51-57.
- Pillemer, K., & Sutor, J. J. (1991). "Will I ever escape my child's problems?" Effects of adult children's problems on elderly parents. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 585-594.
- Pillow, B. H., & Henrichson, A. J. (1996). There's more to the picture than meets the eye: Young children's difficulty understanding biased interpretation. *Child Development*, 67, 803-819.
- Pines, M. (1981). The civilizing of Genie. *Psychology Today*, 15(9), 28-34.
- Pinker, S. (1999). Out of the minds of babes. *Science*, 283, 40-41.
- Pinzone-Glover, H. A., Gidycz, C. A., & Jacobs, C. D. (1998). An acquaintance rape prevention program: Effects on attitudes toward women, rape-related attitudes, and perceptions of rape scenarios. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 605-621.
- Pirkle, J. L., Flegal, K. M., Bernert, J. T., Brody, D. J., Etzel, R. A., & Maurer, K. R. (1996). Exposure of the U.S. population to environmental tobacco smoke: The Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1233-1240.
- Plemons, J., Willis, S., & Baltes, P. (1978). Modifiability of fluid intelligence in aging: A short-term longitudinal training approach. *Journal of Gerontology*, 33(2), 224-231.
- Plomin, R. (1989). Environment and genes: Determinants of behavior. *American Psychologist*, 44(2), 105-111.
- Plomin, R. (1990). The role of inheritance in behavior. *Science*, 248, 183-188.
- Plomin, R. (1995). Molecular genetics and psychology. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 114-117.
- Plomin, R. (1996). Nature and nurture. In M. R. Merrens & G. G. Brannigan (Eds.), *The developmental psychologist: Research adventures across the life span* (pp. 3-19). New York: McGraw-Hill.
- Plomin, R., Dale, P., Simonoff, E., Eley, T., Oliver, B., Price, T., Purcell, S., Bishop, D., & Stevenson, J. (1998). Genetic influence on language delay in two-year-old children. *Nature Neuroscience*, 1, 324-328.
- Plomin, R., & Daniels, D. (1987). Why are children in the same family so different from one another? *Behavioral and Brain Sciences*, 10, 1-16.
- Plomin, R., Owen, M. J., & McGuffin, P. (1994). The genetic bases of behavior. *Science*, 264, 1733-1739.
- Plomin, R., & Rutter, M. (1998). Child development, molecular genetics, and what to do with genes once they are found. *Child Development*, 69(4), 1223-1242.
- Plumert, J., & Nichols-Whitehead, P. (1996). Parental scaffolding of young children's spatial communication. *Developmental Psychology*, 32, 523-532.
- Plumert, J. M. (1995). Relations between children's overestimation of their physical abilities and accident proneness. *Developmental Psychology*, 31, 866-876.
- Plumert, J. M., Pick, H. L., Jr., Marks, R. A., Kintsch, A. S., & Wegesin, D. (1994). Locating objects and communicating about locations: Organizational differences in children's searching and direction-giving. *Developmental Psychology*, 30, 443-453.
- PMS: It's real. (1994, July). *Harvard Women's Health Watch*, pp. 2-3.
- Polit, D. E., & Falbo, T. (1987). Only children and personality development: A quantitative review. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 309-325.
- Pong, S. L. (1997). Family structure, school context, and eighth-grade math and reading achievement. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 114-146.
- Poon, L. W. (1985). Differences in human memory with aging: Nature, causes, and clinical implications. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 427-462). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Pope, A. W., Bierman, K. L., & Mumma, G. H. (1991). Aggression, hyperactivity, and inattention-immaturity: Behavior dimensions associated with peer rejection in elementary school boys. *Developmental Psychology*, 27, 663-671.
- Popenoe, D., & Whitehead, B. D. (1999). *Should we live together? What young adults need to know about cohabitation before marriage*. New Brunswick: National Marriage Project Rutgers, State University of New Jersey.

- Porcino, J. (1983).** *Growing older, getting better: A handbook for women in the second half of life*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Porcino, J. (1991).** *Living longer, living better: Adventures in community housing for the second half of life*. New York: Continuum.
- Porcino, J. (1993, April-May).** Designs for living. *Modern Maturity*, pp. 24-33.
- Portwood, S. G., & Repucci, N. D. (1996).** Adults' impact on the suggestibility of preschoolers' recollections. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 175-198.
- Posada, G., Gao, Y., Wu, F., Posada, R., Tascon, M., Schoelmerich, A., Sagi, A., Kondo-Ikemura, K., Haaland, W., & Synnevaag, B. (1995).** The secure-base phenomenon across cultures: Children's behavior, mothers' preferences, and experts' concepts. In E. Waters, B. E. Vaughn, G. Posada, & K. Kondo-Ikemura (Eds.), *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure base behavior and working models: New growing points of attachment theory and research* (pp. 27-48). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3, Serial No. 244).
- Post, S. G. (1994).** Ethical commentary: Genetic testing for Alzheimer's disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8, 66-67.
- Post, S. G., Whitehouse, P. J., Binstock, R. H., Bird, T. D., Eckert, S. K., Farrer, L. A., Fleck, L. M., Gaines, A. D., Juengst, E. T., Karlinsky, H., Miles, S., Murray, T. H., Wuaid, K. A., Relkin, N. R., Roses, A. D., St. George-Hyslop, P. H., Sachs, G. A., Steinbock, B., Truschke, E. F., & Zinn, A. B. (1997).** The clinical introduction of genetic testing for Alzheimer Disease: An ethical perspective. *Journal of the American Medical Association*, 277, 832-836.
- Powell, M. B., & Thomson, D. M. (1996).** Children's memory of an occurrence of a repeated event: Effects of age, repetition, and retention interval across three question types. *Child Development*, 67, 1988-2004.
- Power, T. G., & Chapieski, M. L. (1986).** Childrearing and impulse control in toddlers: A naturalistic investigation. *Developmental Psychology*, 22, 271-275.
- Powlishta, K. K., Serbin, L. A., Doyle, A. B., & White, D. R. (1994).** Gender, ethnic, and body type biases: The generality of prejudice in childhood. *Developmental Psychology*, 30, 526-536.
- Pratt, M. (1999).** Benefits of lifestyle activity vs. structured exercise. *Journal of the American Medical Association*, 281, 375-376.
- Precht, H. F. R., & Beintema, D. J. (1964).** The neurological examination of the full-term newborn infant. *Clinics in Developmental Medicine* (No. 12). London: Heinemann.
- Prescott, C. A., Neale, M. C., Corey, L. A., & Kendler, K. S. (1997).** Predictors of problem drinking and alcohol dependence in a population-based sample of female twins. *Journal of Studies of Alcohol*, 58(2), 167-181.
- Prestwood, K. M., Pilbeam, C. C., Burleson, J. A., Woodiel, F. N., Delmas, P. D., Deftos, L. J., & Raisz, L. G. (1994).** The short-term effects of conjugated estrogen on bone turnover in older women. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 79, 366-371.
- Price, J. M. (1996).** Friendships of maltreated children and adolescents: Contexts for expressing and modifying relationship history. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp. 262-285). New York: Cambridge University Press.
- Price-Williams, D. R., Gordon, W., & Ramirez, M., III (1969).** Skills and conservation: A study of pottery-making children. *Developmental Psychology*, 1, 769.
- Princeton Survey Research Associates. (1996).** *The 1996 Kaiser Family Foundation Survey on Teens and Sex: What they say teens today need to know, and who they listen to*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation.
- Pringle, H. F. (1931).** *Theodore Roosevelt, a biography*. New York: Harcourt, Brace.
- Prockop, D. J. (1998).** The genetic trail of osteoporosis. *New England Journal of Medicine*, 338, 1061-1062.
- Prohaska, T. R., Leventhal, E. A., Leventhal, H., & Keller, M. L. (1985).** Health practices and illness cognition in young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Gerontology*, 40, 569-578.
- Pruchno, R., & Johnson, K. W. (1996).** Research on grandparenting: Current studies and future needs. *Generations*, 20(1), 65-70.
- Pulkkinen, L. (1996).** Female and male personality styles: A typological and developmental analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1288-1306.
- Pungello, E. P., Kupersmidt, J. B., Burchinal, M. R., & Patterson, C. J. (1996).** Environmental risk factors and children's achievement from middle childhood to early adolescence. *Developmental Psychology*, 32, 755-767.
- Purcell, J. H. (1995).** Gifted education at a crossroads: The program status study. *Gifted Child Quarterly*, 39(2), 57-65.
- Putnam, C. (1958).** *Theodore Roosevelt: Vol. 1. The formative years*. New York: Scribner's.
- Quadrei, M. J., Fischhoff, B., & Davis, W. (1993).** Adolescent (in)vulnerability. *American Psychologist*, 48, 102-116.
- Quill, T. E. (1991).** Death and dignity: A case of individualized decision making. *New England Journal of Medicine*, 324, 691-694.
- Quill, T. E., Lo, B., & Brock, D. W. (1997).** Palliative options of the last resort. *Journal of the American Medical Association*, 278, 2099-2104.
- Quinby, N. (1985, October).** On testing and teaching intelligence: A conversation with Robert Sternberg. *Educational Leadership*, pp. 50-53.
- Quinn, P. C., Eimas, P. D., & Rosenkrantz, S. L. (1993).** Evidence for representations of perceptually similar natural categories by 3-month-old and 4-month-old infants. *Perception*, 22, 463-475.
- Quintero, R. A., Abuhamad, A., Hobbins, J. C., & Mahoney, M. J. (1993).** Transabdominal thin-gauge embryofetoscopy: A technique for early prenatal diagnosis and its use in the diagnosis of a case of Meckel-Gruber syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168, 1552-1557.
- Rabiner, D., & Coie, J. (1989).** Effect of expectancy induction on rejected peers' acceptance by unfamiliar peers. *Developmental Psychology*, 25, 450-457.
- Racine, A., Joyce, T., & Anderson, R. (1993).** The association between prenatal care and birth weight among women exposed to cocaine in New York City. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1581-1586.
- Raff, M. (1998).** Cell suicide for beginners. *Nature*, 396, 119-122.
- Raffaelli, M., & Larson, R. W. (1987).** *Sibling interactions in late childhood and early adolescence*. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Baltimore, MD.
- Rafferty, Y., & Shinn, M. (1991).** Impact of homelessness on children. *American Psychologist*, 46(11), 1170-1179.
- Ragozin, A. S., Basham, R. B., Crnic, K. A., Greenberg, M. T., & Robinson, N. M. (1982).** Effects of maternal age on parenting role. *Developmental Psychology*, 18(4), 627-634.
- Rakowski, W., & Mor, V. (1992).** The association of physical activity with mortality among older adults in The Longitudinal Study of Aging. *Journal of*

- Gerontology: Medical Sciences*, 47(4), M122-129.
- Rall, L. C., Meydani, S. N., Kehayias, B. D.-H., Dawson-Hughes, B., & Roubenoff, R. (1996).** The effect of progressive resistance training in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 39, 415-426.
- Ramey, C. T., & Campbell, F. A. (1991).** Poverty, early childhood education, and academic competence. In A. Huston (Ed.), *Children reared in poverty* (pp. 190-221). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Ramey, C. T., Campbell, F. A., Burchinal, M., Skinner, M. L., Gardner, D. M., & Ramey, S. L. (2000).** Persistent effects of early childhood education on high risk children and their mothers. *Applied Developmental Science*, 4(1), 2-14.
- Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1996).** Early intervention: Optimizing development for children with disabilities and risk conditions. In M. Wolraich (Ed.), *Disorders of development and learning: A practical guide to assessment and management* (2nd ed., pp. 141-158). Philadelphia: Mosby.
- Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998a).** Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53, 109-120.
- Ramey, C. T., & Ramey, S. L. (1998b).** Prevention of intellectual disabilities: Early interventions to improve cognitive development. *Preventive Medicine*, 21, 224-232.
- Ramey, S. L., & Ramey, C. T. (1992).** Early educational intervention with disadvantaged children-To what effect? *Applied and Preventive Psychology*, 1, 131-140.
- Rampersad, A. (1997).** *Jackie Robinson: A biography*. New York: Knopf.
- Ramsey, P. G., & Lasquade, C. (1996).** Preschool children's entry attempts. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 135-150.
- Rank, M. R., & Hirschl, T. A. (1999).** Estimating the proportion of Americans ever experiencing poverty during their elderly years. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, S184-S193.
- Rantanen, T., Guralnik, J. M., Foley, D., Masak, K., Leveille, S., Curb, J. D., & White, L. (1999).** Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability. *Journal of the American Medical Association*, 281, 558-560.
- Rapin, I. (1997).** Autism. *New England Journal of Medicine*, 337, 97-104.
- Rappaport, L. (1993).** The treatment of nocturnal enuresis—Where are we now? *Pediatrics*, 92, 465-466.
- Rates of homicide, suicide, and firearm-related death among children—26 industrialized countries. (1997, February 7).** *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 46(5), 101-105.
- Ratner, H. H., & Foley, M. A. (1997, April).** *Children's collaborative learning: Reconstructions of the other in the self*. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Washington, DC.
- Redding, R. E., Harmon, R. J., & Morgan, G. A. (1990).** Maternal depression and infants' mastery behaviors. *Infant Behavior and Development*, 113, 391-396.
- Rees, J. M., Lederman, S. A., & Kiely, J. L. (1996).** Birth weight associated with lowest neonatal mortality: Infants of adolescent and adult mothers. *Pediatrics*, 98, 1161-1166.
- Reese, E. (1995).** Predicting children's literacy from mother-child conversations. *Cognitive Development*, 10, 381-405.
- Reese, E., & Cox, A. (1999).** Quality of adult book reading affects children's emergent literacy. *Developmental Psychology*, 35, 20-28.
- Reese, E., & Fivush, R. (1993).** Parental styles of talking about the past. *Developmental Psychology*, 29, 596-606.
- Reese, E., Haden, C., & Fivush, R. (1993).** Mother-child conversations about the past: Relationships of style and memory over time. *Cognitive Development*, 8, 403-430.
- Reese, H. W. (1977).** Imagery and associative memory. In R. V. Kali & J. W. Hagen (Eds.), *Perspectives on the development of memory and cognition*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Reid, J. D. (1995).** Development in late life: Older lesbian and gay life. In A. R. D'Augelli & C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 215-240). New York: Oxford University Press.
- Reid, J. D., & Willis, S. K. (1999).** Middle age: New thoughts, new directions. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle* (pp. 272-289). San Diego: Academic Press.
- Reid, J. R., Patterson, G. R., & Loeber, R. (1982).** The abused child: Victim, instigator, or innocent bystander? In D. J. Bernstein (Ed.), *Response structure and organization*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Reid, R. L., & Yen, S. S. C. (1981).** Premenstrual syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 139(1), 85-104.
- Reijo, R., Alagappan, R. K., Patrizio, P., & Page, D. C. (1996).** Severe oligozoospermia resulting from deletions of azoospermia factor gene on Y chromosome. *The Lancet*, 347, 1290-1293.
- Reiman, E. M., Caselli, R. J., Yun, L. S., Chen, K., Bandy, D., Minoshima, S., Thibodeau, S. N., & Osborne, D. (1996).** Preclinical evidence of Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine*, 334(12), 752-758.
- Reinisch, J. M., Sanders, S. A., Mortensen, E. L., Psych, C., & Rubin, D. B. (1995).** In utero exposure to phenobarbital and intelligence deficits in adult men. *Journal of the American Medical Association*, 274, 1518-1525.
- Reis, H. T., & Patrick, B. C. (1996).** Attachment and intimacy: Component processes. In E. T. Higgins & A. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 523-563). New York: Guilford.
- Reis, S. M. (1989).** Reflections on policy affecting the education of gifted and talented students: Past and future perspectives. *American Psychologist*, 44, 399-408.
- Reiss, A. J., Jr., & Roth, J. A. (Eds.). (1994).** *Understanding and preventing violence*. Washington, DC: National Academy Press.
- Reiss, A. L., Abrams, M. T., Singer, H. S., Ross, J. L., & Denckla, M. B. (1996).** Brain development, gender and IQ in children: A volumetric imaging study. *Brain*, 119, 1763-1774.
- Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M. D., & Blum, R. (1998).** The relationship between suicide risk and sexual orientation: Results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, 88, 57-60.
- Remafedi, G., Resnick, M., Blum, R., & Harris, L. (1992).** Demography of sexual orientation in adolescents. *Pediatrics*, 89, 714-721.
- Rempel, J. (1985).** Childless elderly: What are they missing? *Journal of Marriage and the Family*, 47(2), 343-348.
- Rennie, J. (1994, June).** Grading the gene tests. *Scientific American*, pp. 86-97.
- Repacholi, B. M., & Gopnik, A. (1997).** Early reasoning about desires: Evidence from 14- and 18-month-olds. *Developmental Psychology*, 33, 12-21.
- Rescorla, L. (1991).** Early academics: Introduction to the debate. In L. Rescorla, M. C. Hyson, & K. Hirsh-Pasek (Eds.), *Academic instruction in early childhood: Challenge or pressure?* (New Directions for Child Development No. 53, pp. 5-11). San Francisco: Jossey-Bass.
- Research to Prevent Blindness. (1994).** *Progress report, 1994*. New York: Author.
- Resnick, M. B., Gomatam, S. V., Carter, R. L., Ariet, M., Roth, J., Kilgore, K. L., Bucciarelli, R. L., Mahan, C. S., Curran, J. S., & Eitzman, D. V. (1998).** Educational disabilities of neonatal intensive care graduates. *Pediatrics*, 102, 308-314.

- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R. E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L. H., & Udry, J. R. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278, 823-832.
- Resnick, L. B. (1989). Developing mathematical knowledge. *American Psychologist*, 44, 162-169.
- Rest, J. R. (1975). Longitudinal study of the Defining Issues Test of moral judgment: A strategy for analyzing developmental change. *Developmental Psychology*, 11, 738-748.
- Restak, R. (1984). *The brain*. New York: Bantam.
- Reuter-Lorentz, P. A., Jonides, J., Smith, E., Hartley, A., Miller, A., Marshuetz, C., & Keoppe, R. (2000). Age differences in frontal lateralization of verbal and spatial working memory. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12, 174-187.
- Reuter-Lorenz, P. A., Stanczak, L., & Miller, A. (1999). Neural recruitment and cognitive aging: Two hemispheres are better than one especially as you age. *Psychological Science*, 10, 494-500.
- Reynolds, A. J. (1994). Effects of a preschool plus follow-on intervention for children at risk. *Developmental Psychology*, 30, 787-804.
- Reynolds, C. E., III, Buysse, D. J., & Kupfer, D. J. (1999). Treating insomnia in older adults: Taking a long-term view. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1034-1035.
- Reznick, J. S., Kagan, J., Snidman, N., Gersten, M., Baak, K., & Rosenberg, A. (1986). Inhibited and uninhibited children: A follow-up study. *Child Development*, 57, 660-680.
- Rheingold, H. L. (1985). Development as the acquisition of familiarity. *Annual Review of Psychology*, 36, 1-17.
- Rhoads, G. G., Ettinger, A. S., Weisel, C. P., Buckley, T. J., Goldman, K. D., Adgate, J., & Liou, P. J. (1999). The effect of dust lead control on blood lead in toddlers: A randomized trial. *Pediatrics*, 103(3), 551-555.
- Rhodes, S. R. (1983). Age-related differences in work attitudes and behaviors: A review and conceptual analysis. *Psychological Bulletin*, 93(2), 328-367.
- Ricciuti, H. M. (1993). Nutrition and mental development. *Current Directions in Psychological Science*, 2(2), 43-6.
- Rice, C., Koinis, D., Sullivan, K., Tager-Flusberg, H., & Winner, E. (1997). When 3-year-olds pass the appearance reality test. *Developmental Psychology*, 33, 54-61.
- Rice, G., Anderson, C., Risch, N., & Ebers, G. (1999). Male homosexuality: Absence of linkage to microsatellite markers at Xq28. *Science*, 284, 665-667.
- Rice, M., Oetting, J. B., Marquis, J., Bode, J., & Pae, S. (1994). Frequency of input effects on SLI children's word comprehension. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 106-122.
- Rice, M. L. (1982). Child language: What children know and how. In T. M. Field, A. Huston, H. C. Quay, L. Troll, & G. E. Finley (Eds.), *Review of human development research*. New York: Wiley.
- Rice, M. L. (1989). Children's language acquisition. *American Psychologist*, 44(2), 149-156.
- Rice, M. L., Hadley, P. A., & Alexander, A. L. (1993). Social biases toward children with speech and language impairments: A correlative causal model of language limitations. *Applied Psycholinguistics*, 14, 445-471.
- Rice, M. L., Huston, A. C., Truglio, R., & Wright, J. (1990). Words from "Sesame Street": Learning vocabulary while viewing. *Developmental Psychology*, 26, 421-428.
- Richards, M. H., Boxer, A. M., Petersen, A. C., & Albrecht, R. (1990). Relation of weight to body image in pubertal girls and boys from two communities. *Developmental Psychology*, 26, 313-321.
- Richards, T. L., Dager, S. R., Corina, D., Serafini, S., Heide, A. C., Steury, K., Strauss, W., Hayes, C. E., Abbott, R. D., Craft, S., Shaw, D., Posse, S., & Berninger, V. W. (1999). Dyslexic children have abnormal brain lactate response to reading-related language tasks. *American Journal of Neuroradiology*, 20, 1393-1398.
- Richardson, J. (1995). *Achieving gender equality in families: The role of males* (Innocenti Global Seminar, Summary Report). Florence, Italy: UNICEF International Child Development Centre, Spedale degli Innocenti.
- Richardson, J. L., Radziszewska, B., Dent, C. W., & Flay, B. R. (1993). Relationship between after-school care of adolescents and substance use, risk-taking, depressed mood, and academic achievement. *Pediatrics*, 92, 32-38.
- Ridderinkhof, K. R., & Bashore, T. R. (1995). Using event-related brain potentials to draw inferences about human information processing. In P. A. Allen & T. R. Bashore (Eds.), *Age differences in word and language processing* (pp. 294-313). Amsterdam: North-Holland.
- Riddle, R. D., Johnson, R. L., Laufer, E., & Tabin, C. (1993). Sonic hedgehog mediates the polarizing activity of the ZPA. *Cell*, 75, 1401-1416.
- Rifkin, J. (1998, May 5). Creating the "perfect" human. *Chicago Sun-Times*, p. 29.
- Riggs, K. M., Spiro III, A., Tucker K., & Rush, D. (1996). Relations of vitamin B-12, vitamin B-6, folate, and homocysteine to cognitive performance in the Normal Aging Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 63, 306-314.
- Riley, M. W. (1994). Aging and society: Past, present, and future. *The Gerontologist*, 34, 436-446.
- Rimm, E. B., Ascherio, A., Giovannucci, E., Spiegelman, D., Stampfer, M. J., & Willett, W. C. (1996). Vegetable, fruit, and cereal fiber intake and risk of coronary heart disease among men. *Journal of the American Medical Association*, 275, 447-451.
- Ristow, M., Muller-Wieland, D., Pfeiffer, A., Krone, W., & Kahn, R. (1998). Obesity associated with a mutation in genetic regulator of adiposity differentiation. *New England Journal of Medicine*, 339, 953-959.
- Rivara, F. P. (1999). Pediatric injury control in 1999: Where do we go from here? *Pediatrics*, 103(4), 883-888.
- Rivara, F. P., Bergman, A. B., & Drake, C. (1989). Parental attitudes and practices toward children as pedestrians. *Pediatrics*, 84, 1017-1021.
- Rivara, F. R., & Grossman, D. C. (1996). Prevention of traumatic deaths to children in the United States: How far have we come and where do we need to go? *Pediatrics*, 97, 791-798.
- Rivera, S. M., Wakely, A., & Langer, J. (1999). The drawbridge phenomenon: Representational reasoning or perceptual preference? *Developmental Psychology*, 35(2), 427-435.
- Rix, S. E. (1994). *Older workers: How do they measure up?* (Pub. No. 9412). Washington, DC: AARP Public Policy Institute.
- Rizzo, T. A., Metzger, B. E., Dooley, S. L., & Cho, N. H. (1997). Early malnutrition and child neurobehavioral development: Insights from the study of children of diabetic mothers. *Child Development*, 68, 26-38.
- Roberts, G. C., Block, J. H., & Block, J. (1984). Continuity and change in parents' child-rearing practices. *Child Development*, 55, 586-597.
- Roberts, I., Kramer, M., & Suissa, S. (1996). Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 312, 29-33.
- Robertson, J. A. (1998). Human cloning and the challenge of regulation. *New England Journal of Medicine*, 339, 119-121.

- Robins, R. W., John, O. P., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Stouthamer-Loeber, M. (1996).** Resilient, overcontrolled, and undercontrolled boys: Three replicable personality types. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 157-171.
- Robinson, I., Ziss, K., Ganza, B., Katz, S., & Robinson, E. (1991).** Twenty years of the sexual revolution, 1965-1985: An update. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 216-220.
- Robinson, J. (as told to A. Duckett). (1995).** / *never had it made*. Hopewell, NJ: Ecco.
- Robinson, J. L., Kagan, J., Reznick, J. S., & Corley, R. (1992).** The heritability of inhibited and uninhibited behavior: A twin study. *Developmental Psychology*, 28, 1030-1037.
- Robinson, L. C., & Blanton, P. W. (1993).** Marital strengths in enduring marriages. *Family Relations*, 42, 38-15.
- Robinson, S. (1996).** *Stealing home*. New York: Harper Collins.
- Robinson, T. N. (1999).** Reducing children's television viewing to prevent obesity. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1561-1567.
- Rodehoffer, R. J., Gerstenblith, G., Becker, L. C., Fleg, J. L., Weisfeldt, M. L., & Lakatta, E. G. (1984).** Exercise cardiac output is maintained with advancing age in healthy human subjects: Cardiac dilation and increased stroke volume compensate for a diminished heart rate. *Circulation*, 69, 203-213.
- Rodin, J., & Ickovics, J. (1990).** Women's health: Review and research agenda as we approach the 21 st century. *American Psychologist*, 45, 1018-1034.
- Rodrigues, D. (1999, April 26).** Ensuring safe and effective psychotropic medications for children [News release]. Washington, DC: National Institute of Mental Health.
- Rogers, C. R. (1961).** *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, R. G. (1995).** Marriage, sex and mortality. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 515-526.
- Rogoff, B. (1990).** *Apprenticeship in thinking: Cognitive development in social context*. New York: Oxford University Press.
- Rogoff, B. (1998).** Cognition as a collaborative process. In W. Damon (Ed.), D. Kuhn, & R. S. Siegler (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language* (5th ed., pp. 679-744). New York: Wiley.
- Rogoff, B., Mistry, J., Göncü, A., & Mosier, C. (1993).** Guided participation in cultural activity by toddlers and caregivers. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 58 (8, Serial No. 236).
- Rogoff, B., & Morelli, G. (1989).** Perspectives on children's development from cultural psychology. *American Psychologist*, 44, 343-348.
- Rome-Flanders, T., Cronk, C., & Gourde, C. (1995).** Maternal scaffolding in mother-infant games and its relationship to language development: A longitudinal study. *First Language*, 15, 339-355.
- Ronca, A. E., & Alberts, J. R. (1995).** Maternal contributions to fetal experience and the transition from prenatal to postnatal life. In J. P. Lecanuet, W. P. Fifer, N. A. Krasnegor, & W. P. Smotherman (Eds.), *Fetal development: A psychobiological perspective* (pp. 331-350). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Roopnarine, J., & Honig, A. S. (1985, September).** The unpopular child. *Young Children*, pp. 59-64.
- Roopnarine, J. L., Brown, J., Snell-White, P., & Riegraff, N. B. (1995).** Father involvement in children and household work in common-law dual-earner and single-earner Jamaican families. *Journal of Applied Developmental Psychology* 16(1), 35-52.
- Roopnarine, J. L., Hooper, F. H., Ahmeduzzaman, M., & Pollack, B. (1993).** Gentle play partners: Mother-child and father-child play in New Delhi, India. In K. MacDonald (Ed.), *Parent-child play* (pp. 287-304). Albany: State University of New York Press.
- Roopnarine, J. L., Talokder, E., Jain, D., Josh, P., & Srivastav, P. (1992).** Personal well-being, kinship ties, and mother-infant and father-infant interactions in single-wage and dual-wage families in New Delhi, India. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 293-301.
- Roosevelt, T. (1900).** *The strenuous life*. New York: Century.
- Roosevelt, T. (1929).** *Theodore Roosevelt: An autobiography*. New York: Scribner's.
- Rosamond, W. D., Chambless, L. E., Folsom, A. R., Cooper, L. S., Conwill, D. E., Clegg, L., Wang, C.H., & Heiss, G. (1998).** Trends in the incidence of myocardial infarction and in mortality due to coronary heart disease, 1987 to 1994. *New England Journal of Medicine*, 339, 861-867.
- Rose, S. A., & Feldman, J. F. (1995).** Prediction of IQ and specific cognitive abilities at 11 years from infancy measures. *Developmental Psychology*, 31, 685-696.
- Rose, S. A., & Feldman, J. F. (1997).** Memory and speed: Their role in the relation of infant information processing to later IQ. *Child Development*, 68, 630-641.
- Rosenberg, H. M., Ventura, S. J., Maurer, J. D., Heuser, R. L., & Freedman, M. A. (1996).** Births and deaths: United States, 1995 (*Monthly Vital Statistics Report*, 45[3, Suppl. 2], DHHS Publication No. 96-1120). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Rosenberg, L., Palmer, J. R., & Shapiro, S. (1990).** Decline in the risk of myocardial infarction among women who stop smoking. *New England Journal of Medicine*, 322, 213-217.
- Rosenberg, P. S., & Biggar, R. J. (1998).** Trends in HIV incidence among young adults in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1894-1899.
- Rosenberg, S. D., Rosenberg, H. J., & Farrell, M. P. (1999).** The midlife crisis revisited. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle* (pp. 47-73). San Diego: Academic Press.
- Rosenblatt, R. A., Dobie, S. A., Hart, L. G., Schneeweiss, R., Gould, D., Raine, T. R., Benedetti, T. J., Pirani, M. J., & Perrin, E. B. (1997).** Interspecialty differences in the obstetric care of low risk women. *American Journal of Public Health*, 87, 344-351.
- Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (1999).** The relations among body image, physical attractiveness, and body mass in adolescence. *Child Development*, 70, 50-64.
- Rosenbluth, S. C., & Steil, J. M. (1995).** Predictors of intimacy for women in heterosexual and homosexual couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(2), 163-175.
- Rosenfeld, D. (1999).** Identity work among lesbian and gay elderly. *Journal of Aging Studies*, 13, 121-144.
- Rosengren, K. S., Gelman, S. A., Kalish, C. W., & McCormick, M. (1991).** As time goes by: Children's early understanding of growth in animals. *Child Development*, 62, 1302-1320.
- Rosenthal, E. (1998, November 1).** For one-child policy, China rethinks iron hand. *The New York Times*, pp. 1, 20.
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1968).** *Pygmalion in the classroom*. New York: Holt.
- Rosenthal, R., & Vandell, D. L. (1996).** Quality of care at school-aged childcare programs: Regulatable features, observed experiences, child perspectives, and parent perspectives. *Child Development*, 67, 2434-2445.
- Rosenzweig, M. R. (1984).** Experience, memory, and the brain. *American Psychologist*, 39, 365-376.
- Rosenzweig, M. R., & Bennett, E. L. (Eds.). (1976).** *Neural mechanisms of learning and memory*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Roses, A. D. (1994, September).** Apolipoprotein E affects Alzheimer's disease expression. Paper presented at the

- annual meeting of the Gerontological Society of America, San Diego, CA.
- Ross, C. (1995).** Reconceptualizing marital status as a continuum of social attachment. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 129-140.
- Ross, C. E., Mirowsky, J., & Goldsteen, K. (1990).** The impact of the family on health: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1059-1078.
- Ross, G., Lipper, E. G., & Auld, P. A. M. (1991).** Educational status and school-related abilities of very low birth weight premature children. *Pediatrics*, 8, 1125-1134.
- Ross, H. G., Dalton, M. J., & Milgram, J. I. (1980, November).** *Older adults' perceptions of closeness in sibling relationships*. Paper presented at the annual meeting of the Gerontological Society of America, San Diego, CA.
- Ross, H. S. (1996).** Negotiating principles of entitlement in sibling property disputes. *Developmental Psychology*, 32, 90-101.
- Rossel, C., & Ross, J. M. (1986).** *The social science evidence on bilingual education*. Boston: Boston University Press.
- Rossi, A. S. (1980).** Aging and parenthood in the middle years. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior*. New York: Academic Press.
- Rossi, A. S., & Rossi, P. H. (1990).** *Of human bonding: Parent-child relations across the life course*. New York: Aldine de Gruyter.
- Rossi, R. (1996, August 30).** Small schools under microscope. *Chicago Sun-Times*, p. 24.
- Rotenberg, K. J., & Eisenberg, N. (1997).** Developmental differences in the understanding of and reaction to others' inhibition of emotional expression. *Developmental Psychology*, 33, 526-537.
- Rothenberg, K., Fuller, B., Rothstein, M., Duster, T., Kahn, M. J. E., Cunningham, R., Fine, B., Hudson, K., King, M. C., Murphy, P., Swergold, G., & Collins, F. (1997).** Genetic information and the workplace: Legislative approaches and policy challenges. *Science*, 275, 1755-1757.
- Rothman, A. J., Kelly, K. M., Weinstein, N. D., & O'Leary, A. (1999).** Increasing the salience of risky sexual behavior: Promoting interest in HIV-antibody testing among heterosexually active young adults. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 531-551.
- Roush, W. (1995).** Arguing over why Johnny can't read. *Science*, 267, 1896-1898.
- Rovee-Collier, C. (1987).** Learning and memory in infancy. In J. D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Rovee-Collier, C. (1995).** Time windows in cognitive development. *Developmental Psychology*, 31, 147-169.
- Rovee-Collier, C. (1996).** Shifting the focus from what to why. *Infant Behavior and Development*, 19, 385-400.
- Rovee-Collier, C., & Boller, K. (1995).** Current theory and research on infant learning and memory: Application to early intervention. *Infants and Young Children*, 7(3), 1-12.
- Rubin, D. H., Erickson, C. J., San Agustin, M., Cleary, S. D., Allen, J. K., & Cohen, P. (1996).** Cognitive and academic functioning of homeless children compared with housed children. *Pediatrics*, 97, 289-294.
- Rubin, D. H., Krasnikoff, P. A., Leventhal, J. M., Weile, B., & Berget, A. (1986, August 23).** Effect of passive smoking on birth-weight. *The Lancet*, pp. 415-417.
- Rubin, K. (1982).** Nonsocial play in preschoolers: Necessary evil? *Child Development*, 53, 651-657.
- Rubin, K. H., Bukowski, W., & Parker, J. G. (1998).** Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 619-700). New York: Wiley.
- Rubin, K. H., Fein, G. G., & Vandenberg, B. (1983).** Play. In P. H. Mussen (Series Ed.) & E. M. Hetherington (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development* (pp. 694-774). New York: Wiley.
- Rubin, L. B. (1979).** *Women of a certain age*. New York: Harper & Row.
- Rubinstein, R. L., Alexander, B. B., Goodman, M., & Luborsky, M. (1991).** Key relationships of never married, childless older women: A cultural analysis. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46, S270-277.
- Ruble, D. M., & Brooks-Gunn, J. (1982).** The experience of menarche. *Child Development*, 53, 1557-1566.
- Ruble, D. N., & Dweck, C. S. (1995).** Self conceptions, person conceptions, and their development. In N. Eisenberg, (Ed.), *Social development: Review of personality and social psychology* (pp. 109-139). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ruble, D. N., Greulich, F., Pomerantz, E. M., & Gochberg, B. (1993).** The role of gender-related processes in the development of sex differences in self-evaluation and depression. *Journal of Affective Disorders*, 29, 97-128.
- Ruble, D. N., & Martin, C. L. (1998).** Gender development. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 933-1016). New York: Wiley.
- Rudman, D., Axel, G. F., Hoskote, S. N., Gergans, G. A., Lalitha, P. Y., Goldberg, A. F., Schlenker, R. A., Cohn, L., Rudman, I. W., & Mattson, D. E. (1990).** Effects of human growth hormone in men over 60 years old. *New England Journal of Medicine*, 323(1), 1-6.
- Rueter, M' A., & Conger, R. D. (1995).** Antecedents of parent-adolescent disagreements. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 435-448.
- Ruff, H. A., Bijur, P. E., Markowitz, M., Ma, Y. C., & Rosen, J. F. (1993).** Declining blood lead levels and cognitive changes in moderately lead-poisoned children. *Journal of the American Medical Association*, 269, 1641-1646.
- Rushton, J. L., Clark, S. J., & Freed, G. L. (May 1999).** *Newest depression medications widely prescribed for children*. Paper presented at the Pediatric Academic Societies Annual Meeting, San Francisco, CA.
- Rutter, M. (1983).** Stress, coping, and development: Some issues and some questions. In N. Garnezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping, and development in children*. New York: McGraw-Hill.
- Rutter, M. (1987).** Continuities and discontinuities from infancy. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development*. New York: Wiley.
- Rutter, M., & the English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. (1998).** Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465-476.
- Ryan, A. S. (1997).** The resurgence of breastfeeding in the United States [Online]. *Pediatrics*, 99. Available: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/99/4/e12>
- Ryan, A. S., Craig, L. D., & Finn, S. C. (1992).** Nutrient intakes in dietary patterns of older Americans: A national study. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 47(5), M145-150.
- Ryan, C. J., & Kaye, M. (1996).** Euthanasia in Australia: The Northern Territory Rights of the Terminally III Act. *New England Journal of Medicine*, 334, 326-328.
- Rybash, J. M., Hoyer, W. J., & Roodin, P. A. (1986).** *Adult cognition and aging: Developmental changes in processing, knowing, and thinking*. New York: Pergamon.
- Ryff, C. D. (1982).** Self-perceived personality change in adulthood and aging. *Journal of*

- Personality and Social Psychology*, 42(1), 108-115.
- Ryff, C. IX (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Ryff, C. I., & Baltes, P. B. (1976). Value transition and adult development in women: The instrumentality-terminality sequence hypothesis. *Developmental Psychology*, 12(6), 567-568.
- Ryff, C. D., & Heinicke, S. G. (1983). Subjective organization of personality in adulthood and aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(4), 807-816.
- Ryff, C. D., Lee, Y. H., Essex, M. J., & Schmutte, P. S. (1994). My children and me: Midlife evaluations of grown children and the self. *Psychology and Aging*, 9, 195-205.
- Ryff, C. D., & Seltzer, M. M. (1995). Family relations and individual development in adulthood and aging. In R. Blieszner & V. Hilkevitch (Eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 95-113). Westport, CT: Greenwood Press.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). Middle age and well-being. *Encyclopedia of Mental Health*, 2, 707-719.
- Rymer, R. (1993). *An abused child: Flight from silence*. New York: Harper Collins.
- Saarni, C., Mumme, D. L., & Campos, J. J. (1998). Emotional development: Action, communication, and understanding. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 237-309). New York: Wiley.
- Sabatelli, R. M., Meth, R. L., & Gavazzi, S. M. (1988). Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations*, 37, 338-343.
- Sabol, S. Z., Nelson, M. L., Fisher, C., Gunzerath, L., Brody, C. L., Hu, S., Sirota, L. A., Marcus, S. E., Greenberg, B. D., Lucas, F. R., IV, Benjamin, J., Murphy, D. L., & Hamer, D. H. (1999). A genetic association for cigarette smoking behavior. *Health Psychology*, 18, 7-13.
- Sachs, B. P., Kobelin, C., Castro, M. A., & Frigoletto, F. (1999). The risks of lowering the cesarean-delivery rate. *New England Journal of Medicine*, 340, 54-57.
- Sachs, B. P., McCarthy, B. J., Rubin, G., Burton, A., Terry, J., & Tyler, C. W. (1983). Cesarean section. *Journal of the American Medical Association*, 250(16), 2157-2159.
- Sadowitz, P. D., & Oski, F. A. (1983). Iron status and infant feeding practices in an urban ambulatory center. *Pediatrics*, 72, 33-36.
- Sahyoun, N. R., Jacques, P. F., & Russell, R. M. (1996). Carotenoids, vitamins C and E, and mortality in an elderly population. *American Journal of Epidemiology*, 144, 501-511.
- Salamone, L. M., Pressman, A. R., Seeley, D. G., & Cauley, J. A. (1996). Estrogen replacement therapy: A survey of older women's attitudes. *Archives of Internal Medicine*, 156, 1293-1297.
- Salthouse, T. A. (1984). Effects of age and typing skill. *Journal of Experimental Psychology: General*, 113, 345-371.
- Salthouse, T. A. (1985). Anticipatory processing and transcription typing. *Journal of Applied Psychology*, 70, 264-271.
- Salthouse, T. A. (1991). *Theoretical perspectives on cognitive aging*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Salthouse, T. A., Babcock, R., Mitchell, D. R., Skovronek, E., & Palmon, R. (1990). Age and experience effects in spatial visualization. *Developmental Psychology*, 26, 128-136.
- Salthouse, T. A., Fristoe, N., McGuthry, K. E., & Hambrick, D. Z. (1998). Relation of task switching to speed, age, and fluid intelligence. *Psychology and Aging*, 13, 445-461.
- Salthouse, T. A., & Maurer, T. J. (1996). Aging, job performance, and career development. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 353-364). San Diego: Academic Press.
- Salzinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M., & Rosario, M. (1993). Effects of physical abuse on children's social relations. *Child Development*, 64, 169-187.
- Samad, A. (1996, August). Understanding a controversial rite of passage: Afterword. *Natural History*, p. 52.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development*, 64, 80-97.
- Sampson, R. J. (1997). Collective regulation of adolescent misbehavior. *Journal of Adolescent Research*, 12, 227-244.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: A multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924.
- Sandler, D. P., Everson, R. B., Wilcox, A. J., & Browder, J. P. (1985). Cancer risk in adulthood from early life exposure to parents' smoking. *American Journal of Public Health*, 75, 487-492.
- Sands, L. P., & Meredith, W. (1992). Blood pressure and intellectual functioning in late midlife. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47(1), P81-84.
- Santer, L. J., & Stocking, C. B. (1991). Safety practices and living conditions of low-income urban families. *Pediatrics*, 88, 111-118.
- Santos, I. S., Victora, C. G., Huttly, S., & Carvalho, J. B. (1998). Caffeine intake and low birthweight: A population-based case-control study. *American Journal of Epidemiology*, 147, 620-627.
- Santrock, J. W., Sitterle, K. A., & Warshak, R. A. (1988). Parent-child relationships in stepfather families. In P. Bronstein & C. P. Cowan (Eds.), *Fatherhood today: Men's changing role in the family*. New York: Wiley.
- Sapienza, C. (1990, October). Parental imprinting of genes. *Scientific American*, pp. 52-60.
- Sapolsky, R. M. (1992). Stress and neuroendocrine changes during aging. *Generations*, 16(4), 35-38.
- Satcher, D. (1999). The global HIV/AIDS epidemic. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1479.
- Satz, P. (1993). Brain reserve capacity on symptom onset after brain injury: A formulation and review of evidence for threshold theory. *Neuropsychology*, 7, 273-295.
- Saucier, G., & Ostendorf, F. (1999). Hierarchical subcomponents of the Big Five personality factors: A cross-language replication. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 613-627.
- Sauer, M. V., Paulson, R. J., & Lobo, R. A. (1990). A preliminary report on oocyte donation extending the reproductive potential to women over forty. *New England Journal of Medicine*, 323, 1157-1160.
- Sauer, M. V., Paulson, R. J., & Lobo, R. A. (1993). Pregnancy after age 50: Application of oocyte donation to women after natural menopause. *The Lancet*, 341, 321-323.
- Saunders, N. (1997, March). Pregnancy in the 21st century: Back to nature with a little assistance. *The Lancet*, 349, s17-s19.
- Savage, S. L., & Au, T. K. (1996). What word learners do when input contradicts the mutual exclusivity assumption. *Child Development*, 67, 3120-3134.
- Sax, L. J., Astin, L. W., Korn, W. E., & Mahoney, K. M. (1996). *The American freshman: Norms for fall*, 1995. Los Angeles: UCLA Higher Education Institute.
- Saxe, G. B., Guberman, S. R., & Gearhart, M. (1987). Social processes in early number development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 52(216).
- Saywitz, K. J., Goodman, G. S., Nicholas, E., & Moan, S. F. (1991). Children's memories of a physical examination involving genital touch: Implications for reports of child sexual abuse. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 59, 682-691.
- Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. (1994).** Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *The Lancet*, 344, 1383-1389.
- Scarborough, H. S. (1990).** Very early language deficits in dyslexic children. *Child Development*, 61, 1728-1743.
- Scariati, P. D., Grummer-Strawn, L. M., & Fein, S. B. (1997a).** A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 99, e5.
- Scarr, S. (1992).** Developmental theories for the 1990s: Development and individual differences. *Child Development*, 63, 1-19.
- Scarr, S. (1993).** Biological and cultural diversity: The legacy of Darwin for development. *Child Development*, 64, 1333-1353.
- Scarr, S. (1997a).** Behavior-genetics and socialization theories of intelligence: Truce and reconciliation. In R. J. Sternberg & E. Grigorenko (Eds.), *Intelligence, heredity, and environment* (pp. 3-41). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Scarr, S. (1997b).** Why child care has little impact on most children's development. *Current Directions in Psychological Science*, 6(5), 143-148.
- Scarr, S. (1998).** American child care today. *American Psychologist*, 53, 95-108.
- Scarr, S., & McCartney, K. (1983).** How people make their own environments: A theory of genotype—> environment effects. *Child Development*, 54, 424-435.
- Schaie, K. W. (1977-1978).** Toward a stage theory of adult cognitive development. *Journal of Aging and Human Development*, 8(2), 129-138.
- Schaie, K. W. (1978).** External validity in the assessment of intellectual development in adulthood. *Journal of Gerontology*, 33, 696-701.
- Schaie, K. W. (1979).** The primary mental abilities in adulthood: An exploration in the development of psychometric intelligence. In P. B. Baltes & O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp. 67-115). New York: Academic Press.
- Schaie, K. W. (1983).** The Seattle Longitudinal Study: A twenty-one-year investigation of psychometric intelligence. In K. W. Schaie (Ed.), *Longitudinal studies of adult personality development* (pp. 64-155). New York: Guilford.
- Schaie, K. W. (1984).** Midlife influences upon intellectual functioning in old age. *International Journal of Behavioral Development*, 7, 463-478.
- Schaie, K. W. (1988a).** Ageism in psychological research. *American Psychologist*, 43, 179-183.
- Schaie, K. W. (1988b).** The delicate balance: Technology, intellectual competence, and normal aging. In G. Lesnoff-Caravaglia (Ed.), *Aging in a technological society* (pp. 155-166). New York: Human Sciences Press.
- Schaie, K. W. (1989).** The hazards of cognitive aging. *The Gerontologist*, 29(4), 484-493.
- Schaie, K. W. (1990).** Intellectual development in adulthood. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 291-309). San Diego: Academic Press.
- Schaie, K. W. (1994).** The course of adult intellectual development. *American Psychologist*, 49(4), 304-313.
- Schaie, K. W. (1996a).** Intellectual development in adulthood. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4th ed., pp. 266-286). San Diego: Academic Press.
- Schaie, K. W. (1996b).** *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Schaie, K. W., & Hertzog, C. (1983).** Fourteen-year cohort sequential analyses of adult intellectual development. *Developmental Psychology*, 19(4), 531-543.
- Schaie, K. W., & Hertzog, C. (1986).** Toward a comprehensive model of adult intellectual development: Contributions of the Seattle Longitudinal Study. In R. J. Sternberg (Ed.), *Advances in human intelligence* (pp. 79-118). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schaie, K. W., & Strother, C. (1968).** A cross-sequential study of age changes in cognitive behavior. *Psychological Bulletin*, 70, 671-680.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1986).** Can decline in adult intellectual functioning be reversed? *Developmental Psychology*, 22, 223-232.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1991).** Adult personality and psychomotor performance: Cross-sectional and longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 46(6), P275-284.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1996).** Psychometric intelligence and aging. In F. Blanchard-Fields & T. M. Hess (Eds.), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging* (pp. 293-322). New York: McGraw-Hill.
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2000).** A stage theory model of adult cognitive development revisited. In B. Rubinstein, M. Moss, & M. Kleban (Eds.), *The many dimensions of aging: Essays in honor of M. Powell Lawton* (pp. 173-191). New York: Springer.
- Schairer, C., Lubin, J., Troisi, R., Sturgeon, S., Brinton, L., & Hoover, R. (2000).** Menopausal estrogen and estrogen progestin replacement therapy and breast cancer risk. *Journal of the American Medical Association*, 283, 485-491.
- Schanberg, S. M., & Field, T. M. (1987).** Sensory deprivation illness and supplemental stimulation in the rat pup and preterm human neonate. *Child Development*, 58, 1431-1447.
- Schardt, D. (1995, June).** For men only. *Nutrition Action Health Letter*, 22(5), 4-7.
- Scharlach, A. E. (1987).** Relieving feelings of strain among women with elderly mothers. *Psychology and Aging*, 2(1), 9-13.
- Scharlach, A. E., & Fredriksen, K. I. (1993).** Reactions to the death of a parent during midlife. *Omega*, 27, 307-319.
- Schauble, L. (1996).** The development of scientific reasoning in knowledge-rich contexts. *Developmental Psychology*, 32, 102-119.
- Schechtman, V. L., Harper, R. M., Wilson, A. J., & Southall, D. P. (1992).** Sleep state organization in normal infants and victims of the sudden infant death syndrome. *Pediatrics*, 89, 865-870.
- Schellenberg, G. D., Bird, T. D., Wijsman, E. M., Orr, H. T., Anderson, L., Nemens, E., White, J. A., Bonnycastle, L., Weber, J. L., Alonso, M. E., Potter, H., Heston, L. L., & Martin, G. M. (1992).** Genetic linkage evidence for a familial Alzheimer's disease locus on chromosome 14. *Science*, 258, 668-671.
- Scherer, M. (1985, January).** How many ways is a child intelligent? *Instructor*, pp. 32-35.
- Schiffman, S. S. (1997).** Taste and smell losses in normal aging and disease. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1357-1362.
- Schlegel, A., & Barry, H. (1991).** *Adolescence: An anthropological inquiry*. New York: Free Press.
- Schmidt, P. J., Nieman, L. K., Danaceau, M. A., Adams, L. F., & Rubinow, D. R. (1998).** Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *New England Journal of Medicine*, 338, 209-216.
- Schmitt, B. D., & Kempe, C. H. (1983).** Abused and neglected children. In R. E. Behrman & V. C. Vaughn (Eds.), *Nelson textbook of pediatrics* (12th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Schmitz, S., Saudino, K. J., Plomin, R., Fulker, D. W., & DeFries, J. C. (1996).** Genetic and environmental influences on temperament in middle childhood: Analyses of teacher and tester ratings. *Child Development*, 67, 409-422.

- Schnall, P. L., Pieper, C., Schwartz, J. E., Karasek, R. A., Schluskel, Y., Devereaux, R. B., Ganau, A., Alderman, M., Warren, K., & Pickering, T. G. (1990). The relationship between "job strain," workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index: Results of a case-control study. *Journal of the American Medical Association*, 263, 1929-1935.
- Schneider, E. L. (1992). Biological theories of aging. *Generations*, 16(4), 7-10.
- Schoen, R. (1992). First unions and the stability of first marriages. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 281-284.
- Schoendorf, K. C., Hogue, C. J. R., Kleinman, J. C., & Rowley, D. (1992). Mortality among infants of black as compared with white college-educated parents. *New England Journal of Medicine*, 326, 1522-1526.
- Scholer, S. J., Mitchel, E. E., & Ray, W. A. (1997). Predictors of injury mortality in early childhood. *Pediatrics*, 100, 342-347.
- Schonfeld, D. J., Johnson, S. R., Perrin, E. C., O'Hare, L. L., & Cicchetti, D. V. (1993). Understanding of acquired immunodeficiency syndrome by elementary school children—A developmental survey. *Pediatrics*, 92, 389-395.
- Schonfield, D. (1974). Translations in gerontology—From lab to life: Utilizing information. *American Psychologist*, 29, 228-236.
- Schooler, C. (1984). Psychological effects of complex environments during the life-span: A review and theory. *Intelligence*, 8, 259-281.
- Schooler, C. (1990). Psycho-social factors and effective cognitive functioning in adulthood. In J. E. Burren & K. W. Schaie (Eds.), *The handbook of aging* (pp. 347-358). San Diego: Academic Press.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schreiber, J. B., Robins, M., Striegel-Moore, R., Obarzanek, E., Morrison, J. A., & Wright, D. J. (1996). Weight modification efforts reported by preadolescent girls. *Pediatrics*, 96, 63-70.
- Schulz, R. (1978). *A psychology of death, dying, and hereafter*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2215-2219.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Schwartz, D., McFadyen-Ketchum, S. A., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (1998). Peer group victimization as a predictor of children's behavior problems at home and in school. *Development and Psychopathology*, 10, 87-99.
- Schwartz, P. J., Stramba-Badiale, M., Segantini, A., Austoni, P., Bosi, G., Giorgetti, R., Grancini, F., Marni, E. D., Perticone, E., Rosti, D., & Salice, P. (1998). Prolongation of the QT interval and the sudden infant death syndrome. *New England Journal of Medicine*, 338, 1709-1714.
- Schweinhart, L. J., Barnes, H. V., & Weikart, D. P. (1993). *Significant benefits: The High/Scope Perry Preschool Study through age 27* (Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation No. 10). Ypsilanti, MI: High/Scope.
- Schweinhart, L. J., Weikart, D. P., & Larner, M. B. (1986). A report on the High/Scope preschool curriculum comparison study. *Early Childhood Research Quarterly*, 1, 15-45.
- Scott, J. (1998). Changing attitudes to sexual morality: A cross-national comparison. *Sociology*, 32, 815-845.
- Scott, J. P., & Roberto, K. A. (1981, October). *Sibling relationships in late life*. Paper presented at the annual meeting of the National Council on Family Relations, Milwaukee, WI.
- Secombe, K. (1991). Assessing the costs and benefits of children: Gender comparisons among childfree husbands and wives. *Journal of Marriage and the Family*, 53, 191-202.
- Sedlak, A. J., & Broadhurst, D. D. (1996). *Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect (NIS-3)*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Sege, R., & Dietz, W. (1994). Television viewing and violence in children: The pediatrician as agent for change. *Pediatrics*, 94, 600-607.
- Seifer, R., Schiller, M., Sameroff, A. J., Resnick, S., & Riordan, K. (1996). Attachment, maternal sensitivity, and infant temperament during the first year of life. *Developmental Psychology*, 32, 12-25.
- Seiner, S. H., & Gelfand, D. M. (1995). Effects of mother's simulated withdrawal and depressed affect on mother-toddler interactions. *Child Development*, 60, 1519-1528.
- Seitz, V. (1990). Intervention programs for impoverished children: A comparison of educational and family support models. *Annals of Child Development*, 7, 73-103.
- Selkoe, D. J. (1991). The molecular pathology of Alzheimer's disease. *Neuron*, 6(4), 487-498.
- Selkoe, D. J. (1992). Aging brain, aging mind. *Scientific American*, 267, 135-142.
- Sellers, E. M. (1998). Pharmacogenetics and ethnoracial differences in smoking. *Journal of the American Medical Association*, 280, 179-180.
- Selman, R. L. (1980). *The growth of interpersonal understanding: Developmental and clinical analyses*. New York: Academic.
- Selman, R. L., & Selman, A. P. (1979, April). Children's ideas about friendship: A new theory. *Psychology Today*, pp. 71-80.
- Serbin, L. A., Moller, L. C., Gulko, J., Powlisha, K. K., & Colburne, K. A. (1994). The emergence of gender segregation in toddler playgroups. In C. Leaper (Ed.), *Childhood gender segregation: Causes and consequences* (New Directions for Child Development No. 65, pp. 7-17). San Francisco: Jossey-Bass.
- Shain, R. N., Piper, J. M., Newton, E. R., Perdue, S. T., Ramos, P. H. R., Champion, J. D., & Guerra, F. A. (1999). A randomized, controlled trial of a behavioral intervention to prevent sexually transmitted disease among minority women. *New England Journal of Medicine*, 340, 93-100.
- Shanahan, M. J., Finch, M. D., Mortimer, J. T., & Ryu, S. (1991). Adolescent work experience and depressive affect. *Social Psychology Quarterly*, 54, 299-317.
- Shannon, D. C., & Kelly, D. H. (1982a). SIDS and near-SIDS (Part 1). *New England Journal of Medicine*, 306(16), 959-965.
- Shannon, D. C., & Kelly, D. H. (1982b). SIDS and near-SIDS (Part 2). *New England Journal of Medicine*, 306(17), 1022-1028.
- Shannon, L. W. (1982). *Assessing the relationship of adult criminal careers to juvenile careers*. Iowa City: University of Iowa, Iowa Urban Community Research Center.
- Shapiro, P. (1994, November). My house is your house: Advanced planning can ease the way when parents move in with adult kids. *AARP Bulletin*, p. 2.
- Sharma, A. R., McGue, M. K., & Benson, P. L. (1996a). The emotional and behavioral adjustment of United States adopted adolescents, Part I: An overview. *Children and Youth Services Review*, 18, 83-100.
- Sharma, A. R., McGue, M. K., & Benson, P. L. (1996b). The emotional and behavioral adjustment of United States adopted adolescents, Part II: Age at adoption. *Children and Youth Services Review*, 18, 101-114.
- Shatz, M., & Gelman, R. (1973). The development of communication skills: Modifications in the speech of young children as a function of listener.

- Monographs of the Society for Research in Child Development*, 38 (5, Serial No. 152).
- Shaw, G. M., Velie, E. M., & Schaffer, D. (1996).** Risk of neural tube defect-affected pregnancies among obese women. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1093-1096.
- Shaw, G. M., Wasserman, C. R., Lammer, E. J., O'Malley, C. D., Murray, J. C., Basart, A. M., & Tolarova, M. M. (1996).** Orofacial clefts, parental cigarette smoking, and transforming growth factor-alpha gene variants. *American Journal of Human Genetics*, 58, 551-561.
- Shay, K. A., & Roth, D. L. (1992).** Association between aerobic fitness and visuospatial performance in healthy older adults. *Psychology and Aging*, 7(1), 15-24.
- Shaywitz, B. A., Sullivan, C. M., Anderson, G. M., Gillespie, S. M., Sullivan, B., & Shaywitz, S. E. (1994).** Aspartame, behavior, and cognitive function in children with attention deficit disorder. *Pediatrics*, 93, 70-75.
- Shaywitz, S. E. (1998).** Current concepts: Dyslexia. *New England Journal of Medicine*, 338,307-312.
- Shaywitz, S. E., Shaywitz, B. A., Pugh, K. R., Fulbright, R. K., Skudlarski, P., Mencl, W. E., Constable, R. T., Naftolin, E., Palter, S. E., Marchione, K. E., Katz, L., Shankweiler, D. P., Fletcher, J. M., Lacadie, C., Keltz, M., & Core, J. C. (1999).** Effects of estrogen on brain activation patterns in postmenopausal women during working memory tasks. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1197-1202.
- Shea, S., Basch, C. E., Stein, A. D., Contento, I. R., Irigoyen, M., & Zybert, P. (1993).** Is there a relationship between dietary fat and stature or growth in children three to five years of age? *Pediatrics*, 92, 579-586.
- Shek, D. T. L. (1996).** Midlife crisis in Chinese men and women. *Journal of Psychology*, 130, 109-119.
- Shepherd, J., Cobbe, S. M., Ford, I., Isles, C. G., Lorimer, A. R., MacFarlane, P. W., McKillop, J. H., & Packard, C. J. (1995).** Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. *New England Journal of Medicine*, 333, 1301-1307.
- Sherman, A. (1997).** *Poverty matters: The cost of child poverty in America*. Washington, DC: Children's Defense Fund.
- Sherman, E. (1993).** Mental health and successful adaptation in late life. *Generations*, 17(1), 43-46.
- Sherman, L. W., & Berk, R. A. (1984, April).** The Minneapolis domestic violence experiment. *Police Foundation Reports*, pp. 1-8.
- Sherman, L. W., & Cohn, E. G. (1989).** The impact of research on legal policy: The Minneapolis domestic violence experiment. *Law and Society Review*, 23(1), 118-144.
- Shiono, P. H., & Behrman, R. E. (1995).** Low birth weight: Analysis and recommendations. *The Future of Children*, 5(1), 4-18.
- Ship, J. A., & Weiffenbach, J. M. (1993).** Age, gender, medical treatment, and medication effects on smell identification. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 48(1), M26-32.
- Should you take estrogen to prevent osteoporosis? (1994, August).** *Johns Hopkins Medical Letter: Health after 50*, pp. 4-5.
- Shulik, R. N. (1988).** Faith development in older adults. *Educational Gerontology*, 14, 291-301.
- Shwe, H. I., & Markman, E. M. (1997).** Young children's appreciation of the mental impact of their communicative signals. *Developmental Psychology*, 33(4), 630-636.
- Siegel, M., & Peterson, C. C. (1998).** Preschoolers' understanding of lies and innocent and negligent mistakes. *Developmental Psychology*, 34(2), 332-341.
- Siegel, A. C., & Burton, R. V. (1999).** Effects of baby walkers on motor and mental development in human infants. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20,355-361.
- Siegel, O. (1982).** Personality development in adolescence. In B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Siegler, I. C. (1997).** Promoting health and minimizing stress in midlife. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 241-255). Chicago: University of Chicago Press.
- Siegler, R. S. (1998).** *Children's thinking* (3rd ed). Upper Saddle River, NJ: PrenticeHall.
- Siegler, R. S., & Richards, D. (1982).** The development of intelligence. In R. Sternberg (Ed.), *Handbook of human intelligence*. London: Cambridge University Press.
- Siegrist, J. (1996).** Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 27-41.
- Sigelman, C., Alfeld-Liro, C., Derenowski, E., Durazo, O., Woods, T., Maddock, A., & Mukai, T. (1996).** Mexican-American and Anglo-American children's responsiveness to a theory-centered AIDS education program. *Child Development*, 67, 253-266.
- Sigman, M., Cohen, S. E., & Beckwith, L. (1997).** Why does infant attention predict adolescent intelligence? *Infant Behavior and Development*, 20, 133-140.
- Sigman, M. D., Kasari, C., Kwon, J. H., & Yirmiya, N. (1992).** Responses to the negative emotions of others by autistic, mentally retarded, and normal children. *Child Development*, 63, 796-807.
- Silver, M. H., Bubrick, E., Jilinskaia, E., & Perls, T. T. (1998, August).** Is there a centenarian personality? Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, San Francisco, CA.
- Silver, M. H., Jilinskaia, E. J., & Perls, T. T. (in press).** Cognitive functional status of age-confirmed centenarians in a population-based study. *Journal of Gerontology*.
- Silver, M. H., Newell, K., Hyman, B., Growdon, J., Hedley-White, E. T., & Perls, T. T. (1998).** Unraveling the mystery of cognitive changes in extreme old age: Correlation of neuropsychological evaluation with neuropathological findings in centenarians. *International Psychogeriatrics*, 10(1), 25-41.
- Silverberg, S. B. (1996).** Parents' well-being as their children transition to adolescence. In C. Ryff & M. M. Seltzer (Eds.), *The parental experience in midlife* (pp. 215-254). Chicago: University of Chicago Press.
- Silverman, W. K., La Greca, A. M., & Wasserstein, S. (1995).** What do children worry about? Worries and their relation to anxiety. *Child Development*, 66, 671-686.
- Silvern, S. B. (1998).** Educational implications of play with computers. In D. P. Fromberg & D. Bergen (Eds.), *Play from birth to twelve and beyond: Contexts, perspectives, and meanings* (pp. 530-536). New York: Garland.
- Simmons, R. G., Blyth, D. A., & McKinney, K. L. (1983).** The social and psychological effect of puberty on white females. In J. Brooks-Gunn & A. C. Petersen (Eds.), *Girls at puberty: Biological and psychological perspectives*. New York: Plenum.
- Simmons, R. G., Blyth, D. A., Van Cleave, E. E., & Bush, D. M. (1979).** Entry into early adolescence: The impact of school structure, puberty, and early dating on self-esteem. *American Sociological Review*, 44(6), 948-967.
- Simon, T. J., Hespos, S. J., & Rochat, P. (1995).** Do infants understand simple arithmetic: A replication of Wynn (1992). *Cognitive Development*, 10, 253-269.
- Simon-Rusinowitz, L., Krach, C. A., Marks, L. N., Piktialis, D., & Wilson, L. B. (1996).** Grandparents in the workplace: The

- effects of economic and labor trends. *Generations*, 20(1), 41-44.
- Simons, M. (1993, February 10).** Dutch parliament approves law permitting euthanasia. *The New York Times*, p. A10.
- Simons, M. (1999, February 18).** 8-year sentence in France for genital cutting. *The New York Times*, p. A3.
- Simons-Morton, B. G., McKenzie, T. J., Stone, E., Mitchell, P., Osganian, V., Strikmiller, P. K., Ehlinger, S., Cribb, P., & Nader, P. R. (1997).** Physical activity in a multiethnic population of third graders in four states. *American Journal of Public Health*, 87, 45-50.
- Simonton, D. K. (1983).** Dramatic greatness and content: A quantitative analysis of 82 Athenian and Shakespearean plays. *Empirical Studies of the Arts*, 1, 109-123.
- Simonton, D. K. (1986).** Popularity, content, and context in 37 Shakespearean plays. *Poetics*, 15, 493-510.
- Simonton, D. K. (1989).** The swan-song phenomenon: Last-works effects for 172 classical composers. *Psychology and Aging*, 4, 42-47.
- Simonton, D. K. (1990).** Creativity and wisdom in aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 320-329). New York: Academic Press.
- Simpson, G., Bloom, B., Cohen, R. A., & Parsons, E. (1997).** *Access to health care: Part 1. Children. Vital and Health Statistics* (Series 10; data from National Health Survey No. 196, DHHS Publication No. PHS 97-1524). Hyattsville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Simpson, G. A., & Fowler, M. G. (1994).** Geographic mobility and children's emotional/behavioral adjustment and school functioning. *Pediatrics*, 93, 303-309.
- Simpson, G. B., & Foster, M. R. (1986).** Lexical ambiguity and children's word recognition. *Developmental Psychology*, 22, 147-154.
- Simpson, G. B., & Lorschbach, T. C. (1983).** The development of automatic and conscious components of contextual facilitation. *Child Development*, 54, 760-772.
- Simpson, J. L., & Elias, S. (1993).** Isolating fetal cells from maternal blood: Advances in prenatal diagnosis through molecular technology. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2357-2361.
- Simpson, K. H. (1996).** Alternatives to physician-assisted suicide. *Humanistic Judaism*, 24(4), 21-23.
- Singer, D. G., & Singer, J. L. (1990).** *The house of make-believe: Play and the developing imagination*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Singer, J. L., & Singer, D. G. (1981).** *Television, imagination, and aggression: A study of preschoolers*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Singer, J. L., & Singer, D. G. (1998).** *Barney & Friends* as entertainment and education: Evaluating the quality and effectiveness of a television series for preschool children. In J. K. Asamen & G. L. Berry (Eds.), *Research paradigms, television, and social behavior* (pp. 305-367). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Singer, L. T., Yamashita, T. S., Hawkins, S., Cairns, D., Baley, J., & Kliegman, R. (1994).** Increased incidence of intraventricular hemorrhage and developmental delay in cocaine-exposed, very low birth weight infants. *Journal of Pediatrics*, 124, 765-771.
- Singer, P. A. (1988, June 1).** Should doctors kill patients? *Canadian Medical Association Journal*, 138, 1000-1001.
- Singer, P. A., Martin, D. K., & Kelner, M. (1999).** Quality end-of-life care: Patients' perspectives. *Journal of the American Medical Association*, 281, 163-168.
- Singer, P. A., & Siegler, M. (1990).** Euthanasia—A critique. *New England Journal of Medicine*, 322, 1881-1883.
- Singh, G. K., Mathews, T. J., Clarke, S. C., Yannicos, T., & Smith, B. L. (1995, October 23).** Annual summary of births, marriages, divorces, and deaths: United States, 1994 (*Monthly Vital Statistics Report*, 43 [13]). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Singh, S., Forrest, J. D., & Torres, A. (1989).** *Prenatal care in the United States: A state and country inventory*. New York: Alan Guttmacher Institute.
- Sinnott, J. (1996).** The developmental approach: Postformal thought as adaptive intelligence. In F. Blanchard-Fields & T. M. Hess (Eds.), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging* (pp. 358-386). New York: McGraw-Hill.
- Sinnott, J. D. (1984).** Postformal reasoning: The relativistic stage. In M. L. Commons, F. A. Richards, & C. Armon (Eds.), *Beyond formal operations: Late adolescence and adult cognitive development* (pp. 357-380). New York: Praeger.
- Sinnott, J. D. (1989a).** A model for solution of ill-structured problems: Implications for everyday and abstract problem-solving. In J. D. Sinnott (Ed.), *Everyday problem solving: Theory and applications* (pp. 72-99). New York: Praeger.
- Sinnott, J. D. (1989b).** Life-span relativistic postformal thought: Methodology and data from everyday problem-solving studies. In M. L. Commons, J. D. Sinnott, F. A. Richards, & C. Armon (Eds.), *Adult development: Vol. 1. Comparison and application of developmental models* (pp. 239-278). New York: Praeger.
- Sinnott, J. D. (1991).** Limits to problem solving: Emotion, intention, goal clarity, health and other factors in postformal thought. In J. D. Sinnott & J. C. Cavanaugh (Eds.), *Bridging paradigms: Positive development in adulthood and cognitive aging* (pp. 169-202). New York: Praeger.
- Sinnott, J. D. (1998).** *The development of logic in adulthood: Postformal thought and its applications*. New York: Plenum.
- Skadberg, B. T., Morild, I., & Markestad, T. (1998).** Abandoning prone sleeping: Effects on the risk of sudden infant death syndrome. *Journal of Pediatrics*, 132, 234-239.
- Skaiff, M. M., & Pearlin, L. I. (1992).** Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *The Gerontologist*, 32(5), 656-664.
- Skinner, B. F. (1938).** *The behavior of organisms: An experimental approach*. New York: Appleton-Century.
- Skinner, B. F. (1957).** *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, J. D., Carruth, B. R., Moran, J., III, Houck, K., & Coletta, F. (1999).** Fruit juice intake is not related to children's growth. *Pediatrics*, 103, 58-64.
- Skoe, E. E., & Diessner, R. E. (1994).** Ethic of care, justice, identity, and gender: An extension and replication. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 272-289.
- Skoe, E. E., & Gooden, A. (1993).** Ethics of care and real-life moral dilemma content in male and female early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 13(2), 154-167.
- Skolnick, A. A. (1993).** 'Female athlete triad' risk for women. *Journal of the American Medical Association*, 270, 921-923.
- Skuse, D. H., James, R. S., Bishop, D. V. M., Coppin, B., Dalton, P., Aamodt-Leeper, G., Bacarese-Hamilton, M., Creswell, C., McGurk, R., & Jacobs, P. A. (1997).** Evidence from Turner's syndrome of an imprinted X-linked locus affecting cognitive function. *Nature*, 387, 705-708.
- Slap, G. B., Vorters, D. E., Chaudhuri, S., & Centor, R. M. (1989).** Risk factors for attempted suicide during adolescence. *Pediatrics*, 84, 762-772.
- Sleek, S. (1995, December).** Rallying the troops inside our bodies. *A PA Monitor*, pp. 1,24-25.
- Slemenda, C. W. (1994).** Cigarettes and the skeleton. *New England Journal of Medicine*, 330, 430-431.
- Sliwinski, M., & Buschke, H. (1999).** Cross-sectional and longitudinal relationships among age, cognition, and processing speed. *Psychology and Aging*, 14, 18-33.
- Slobin, D. (1971).** Universals of grammatical development in children. In W. Levett & G.

- B. Flores d'Arcais (Eds.), *Advances in psycholinguistic research*. Amsterdam: New Holland.
- Slobin, D. (1973).** Cognitive prerequisites for the acquisition of language. In C. Ferguson & D. Slobin (Eds.), *Studies of child language development*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Slobin, D. (1983).** Universal and particular in the acquisition of grammar. In E. Wanner & L. Gleitman (Eds.), *Language acquisition: The state of the art*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Small, G. W., Rabins, P. V., Barry, P. R., Buckholtz, N. S., DeKosky, S. T., Ferris, S. H., Finkel, S. I., Gwyther, L. R., Khachaturian, Z. S., Lebowitz, B. D., McRae, T. D., Morris, J. C., Oakley, F., Schneider, L. S., Streim, J. E., Sunderland, T., Teri, L. A., & Tune, L. E. (1997).** Diagnosis and treatment of Alzheimer Disease and related disorders: Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *Journal of the American Medical Society*, 278, 1363-1371.
- Small, M. Y. (1990).** *Cognitive development*. New York: Harcourt Brace.
- Smelser, N. J. (1980).** Issues in the study of work and love in adulthood. In N. J. Smelser & E. H. Erikson (Eds.), *Themes of work and love in adulthood*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Smetana, J. G., Yau, J., Restrepo, A., & Braeges, J. L. (1991).** Adolescent-parent conflict in married and divorced families. *Developmental Psychology*, 27, 1000-1010.
- Smilansky, S. (1968).** *The effects of sociodramatic play on disadvantaged preschool children*. New York: Wiley.
- Smith, A. D., & Earles, J. L. (1996).** Memory changes in normal aging. In F. Blanchard-Fields & T. M. Hess (Eds.), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging* (pp. 165-191). New York: McGraw-Hill.
- Smith, B. A., & Blass, E. M. (1996).** Taste-mediated calming in premature, preterm, and full-term human infants. *Developmental Psychology*, 32, 1084-1089.
- Smith, J., & Baltes, R. B. (1990).** Wisdom-related knowledge: Age/cohort differences in response to life planning problems. *Developmental Psychology*, 26(3), 494-505.
- Smith, K. A., Fairburn, C. G., & Cowen, R. J. (1999).** Symptomatic release in bulimia nervosa following acute tryptophan depletion. *Archives of General Psychiatry* (72C), 56(2), 171-176.
- Smith, M. E. (1993).** Television violence and behavior: A research summary [On-line]. *ERIC/IT Digest* (ED366 329). Available: <http://npin.org/respar/texts/media/viole397.html>
- Smith, M. M., & Lifshitz, F. (1994).** Excess fruit juice consumption as a contributing factor in nonorganic failure to thrive. *Pediatrics*, 93, 438-443.
- Smith, P. K., & Levan, S. (1995).** Perceptions and experiences of bullying in younger pupils. *British Journal of Educational Psychology*, 65, 489-500.
- Smith, R. (1999, March).** The timing of birth. *Scientific American*, pp. 68-75.
- Smith, R. B., & Brown, R. A. (1997).** The impact of social support on gay male couples. *Journal of Homosexuality*, 33, 39-61.
- Smith, T. (1999).** *The emerging 21st-century American family*. Chicago: National Opinion Research Center, University of Chicago.
- Smith, T. E. (1981).** Adolescent agreement with perceived maternal and paternal educational goals. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 85-93.
- Smith, T. W. (1994).** *The demography of sexual behavior*. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Smith-Warner, S. A., Spiegelman, D., Yaun, S., van den Brandt, P. A., Folsom, A. R., Goldbohm, A., Graham, S., Holmberg, L., Howe, G. R., Marshall, J. R., Miller, A. B., Potter, M. D., Speizer, F. E., Willett, W. C., Wolk, A., & Hunter, D. J. (1998).** Alcohol and breast cancer in women: A pooled analysis of cohort studies. *Journal of the American Medical Association*, 279, 535-540.
- Smoll, F. L., & Schutz, R. W. (1990).** Quantifying gender differences in physical performance: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 26, 360-369.
- Smotherman, W. P., & Robinson, S. R. (1995).** Tracing developmental trajectories into the prenatal period. In J. P. Lecanuet, W. P. Fifer, N. A. Krasnegor, & W. P. Smotherman (Eds.), *Fetal development: A psychobiological perspective* (pp. 15-32). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smotherman, W. P., & Robinson, S. R. (1996).** The development of behavior before birth. *Developmental Psychology*, 32, 425-434.
- Smyth, J. M., Stone, A. A., Hurewitz, A., & Kaell, A. (1999).** Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1304-1309.
- Snarey, J. R. (1985).** Cross-cultural universality of social-moral development: A critical review of Kohlbergian research. *Psychological Bulletin*, 97, 202-232.
- Snow, C. E. (1990).** The development of definitional skill. *Journal of Child Language*, 17, 697-710.
- Snow, C. E. (1993).** Families as social contexts for literacy development. In C. Daiute (Ed.), *The development of literacy through social interaction* (New Directions for Child Development No. 61, pp. 11-24). San Francisco: Jossey-Bass.
- Snow, M. E., Jacklin, C. N., & Maccoby, E. E. (1983).** Sex-of-child differences in father-child interaction at one year of age. *Child Development*, 54, 227-232.
- Snowdon, D. A., Greiner, L. H., Mortimer, J. A., Riley, K. P., Greiner, P. A., & Markesbery, W. R. (1997).** Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer Disease: The Nun Study. *Journal of the American Medical Association*, 277, 813-817.
- Snowdon, D. A., Kemper, S. J., Mortimer, J. A., Greiner, L. H., Wekstein, D. R., & Markesbery, W. R. (1996).** Linguistic ability in early life and cognitive function and Alzheimer's disease in late life: Findings from the Nun Study. *Journal of the American Medical Association*, 275, 528-532.
- Snyder, J., West, L., Stockemer, V., Gibbons, S., & Almquist-Parks, L. (1996).** A social learning model of peer choice in the natural environment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 215-237.
- Snyder, T. D., Hoffman, C. M., & Geddes, C. M. (1997).** *Digest of education statistics 1997* (NCES 98-015). Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics.
- Society for Assisted Reproductive Technology, The American Fertility Society. (1993).** Assisted reproductive technology in the United States and Canada: 1991 results from the Society for Assisted Reproductive Technology generated from The American Fertility Society Registry. *Fertility and Sterility*, 59, 956-962.
- Society for Research in Child Development. (1996).** Ethical standards for research with children. In *Directory of members* (pp. 337-339). Ann Arbor, MI: Author.
- Sohal, R. S., & Weindruch, R. (1996).** Oxidative stress, caloric restriction, and aging. *Science*, 273, 59-63.
- Soldz, S., & Vaillant, G. E. (1998).** A 50-year longitudinal study of defense use among inner city men: A validation of the DSM-IV defense axis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 104-111.
- Solomon, M. (1993).** Report of survey of doctors and nurses about treatment of terminally ill patients. *American journal of Public Health*, 83(0), 23-25.

- Solomon, P. R., Hirschhoff, A., Kelly, B., Relin, M., Brush, M., DeVeaux, R. D., & Pendlebury, W. W. (1998). A 7-minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*, 55, 349-355.
- Somary, K., & Strickler, G. (1998). Becoming grandparents: A longitudinal study of expectations and early experiences as a function of sex and lineage. *The Gerontologist*, 38, 53-61.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (1996). Efficacy of antidepressant medication with depressed youth: What psychologists should know. *Professional Psychology: Research & Practice*, 27, 145-153.
- Sonenstein, F. L., Pleck, J. H., & Ku, L. C. (1991). Levels of sexual activity among adolescent males in the United States. *Family Planning Perspectives*, 23(4), 162-167.
- Song, M., & Ginsburg, H. P. (1987). The development of informal and formal mathematical thinking in Korean and U.S. children. *Child Development*, 58, 1286-1296.
- Song of freedom: Marian Anderson broke barriers by touching hearts. (1993, April 26). *People Weekly*, p. 126.
- Sophian, C. (1988). Early developments in children's understanding of number: Inferences about numerosity and one-to-one correspondence. *Child Development*, 59, 1397-1414.
- Sophian, C., Garyantes, D., & Chang, C. (1997). When three is less than two: Early developments in children's understanding of fractional quantities. *Developmental Psychology*, 33, 731-744.
- Sophian, C., & Wood, A. (1997). Proportional reasoning in young children: The parts and the whole of it. *Journal of Educational Psychology*, 89, 309-317.
- Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J., & Klinnert, M. D. (1985). Maternal emotional signalling: Its effect on the visual cliff behavior of 1-year-olds. *Developmental Psychology*, 21, 195-200.
- Sorensen, T., Nielsen, G., Andersen, P., & Teasdale, T. (1988). Genetic and environmental influence of premature death in adult adoptees. *New England Journal of Medicine*, 318, 727-732.
- Sorrentino, C. (1990). The changing family in international perspective. *Monthly Labor Review*, 113(3), 41-58.
- Sosin, D. M., Sacks, J. J., & Webb, K. W. (1996). Pediatric head injuries and death from bicycling, United States. *Pediatrics*, 98, 868-870.
- Southall, D. R., Plunkett, M. C. B., Banks, M. W., Falkov, A. F., & Samuels, M. P. (1997). Covert video recordings of life-threatening child abuse: Lessons for child protection. *Pediatrics*, 100, 735-760.
- Spalding, J. J. (1977). Carter, James Earl, Jr. In W. H. Nault (Ed.), *The 1977 World Book Yearbook* (pp. 542-547). Chicago: Field Enterprises Educational Corporation.
- Speece, M. W., & Brent, S. B. (1984). Children's understanding of death: A review of three components of a death concept. *Child Development*, 55, 1671-1686.
- Spelke, E. (1994). Initial knowledge: Six suggestions. *Cognition*, 50, 431-445.
- Spelke, E. S. (1998). Nativism, empiricism, and the origins of knowledge. *Infant Behavior and Development*, 21(2), 181-200.
- Spence, A. P. (1989). *Biology of human aging*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Spencer, M. B., & Dornbusch, S. M. (1998). Challenges in studying minority youth. In R. E. Muuss & H. D. Porton (Eds.), *Adolescent behavior and society: A book of readings* (pp. 316-330). Boston: McGraw-Hill.
- Spencer, M. B., & Markstrom-Adams, C. (1990). Identity processes among racial and ethnic minority children. *Child Development*, 61, 290-310.
- Spindler, A. M. (1996, June 9). Its a face-lifted, tummy-tucked jungle out there: Fearing the axe, men choose the scalpel. *The New York Times*, pp. 1, 8-9.
- Spirduso, W. W., & MacRae, P. G. (1990). Motor performance and aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Psychology of aging* (3d ed., pp. 183-200). New York: Academic Press.
- Spitz, M. R., & Johnson, C. C. (1985). Neuroblastoma and paternal occupation: A case-control analysis. *American Journal of Epidemiology*, 121(6), 924-929.
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditioning in early childhood. In D. Fenschel et al. (Eds.), *Psychoanalytic studies of the child* (Vol. 1, pp. 53-74) New York: International Universities Press.
- Spitz, R. A. (1946). Hospitalism: A follow-up report. In D. Fenschel et al. (Eds.), *Psychoanalytic studies of the child* (Vol. 1, pp. 113-117). New York: International Universities Press.
- Spitzer, M. E. (1988). Taste acuity in institutionalized and noninstitutionalized elderly men. *Journal of Gerontology*, 43(3), 71-74.
- Spohr, H. L., Willms, J., & Steinhausen, H.-C. (1993). Prenatal alcohol exposure and long-term developmental consequences. *The Lancet*, 341, 907-910.
- Spoto, D. (1997). *Notorious: The life of Ingrid Bergman*. New York: HarperCollins.
- Spurlock, J. (1990). Single women. In J. Spurlock & C. B. Robinowitz (Eds.), *Women's progress: Promises and problems* (pp. 23-33). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Squire, L. R. (1992). Memory and the hippocampus: A synthesis of findings with rats, monkeys, and humans. *Psychological Review*, 99, 195-231.
- Squire, L. R. (1994). Declarative and nondeclarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. In D. L. Schacter & E. Tulving (Eds.), *Memory systems 1994* (pp. 203-232). Cambridge, MA: MIT Press.
- Sroufe, L. A. (1979). Socioemotional development. In J. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development*. New York: Wiley.
- Sroufe, L. A. (1997). *Emotional development*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A., Bennett, C., Englund, M., Urban, J., & Shulman, S. (1993). The significance of gender boundaries in preadolescence: Contemporary correlates and antecedents of boundary violation and maintenance. *Child Development*, 64, 455-466.
- Sroufe, L. A., Carlson, E., & Shulman, S. (1993). Individuals in relationships: Development from infancy through adolescence. In D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey, & K. Widaman (Eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 315-342). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sroufe, L. A., Fox, N. E., & Pancake, V. R. (1983). Attachment and dependency in a developmental perspective. *Child Development*, 54, 1615-1627.
- Stadtman, E. R. (1992). Protein oxidation and aging. *Science*, 257, 1220-1224.
- Stager, C. L., & Werker, J. F. (1997). Infants listen for more phonetic detail in speech perception than in word-learning tasks. *Nature*, 388, 381-382.
- Stahl, S. A., McKenna, M. C., & Pagnucco, J. R. (1994). The effects of whole-language instruction: An update and a reappraisal. *Educational Psychologist*, 29, 175-185.
- Stahl, S. A., & Miller, P. D. (1989). Whole language and language experience approaches for beginning reading: A quantitative research synthesis. *Review of Educational Research*, 59, 87-116.
- Stamler, J., Dyer, A. R., Shekelle, R. B., Neaton, J., & Stamler, R. (1993). Relationship of baseline major risk factors to coronary and all-cause mortality, and to longevity: Findings from long-term follow-up of Chicago cohorts. *Cardiology*, 82(2-3), 191-222.

- Stapleton, S. (1998, May 11).** Asthma rates hit epidemic numbers; experts wonder why [On-line]. *American Medical News*, 41(18). Available: <http://www.ama-assn.org/special/asthma/newsline/special/epidem.html>
- Starfield, B. (1991).** Childhood morbidity: Comparisons, clusters, and trends. *Pediatrics*, 88, 519-526.
- Starfield, B., Katz, H., Gabriel, A., Livingston, G., Benson, P., Hankin, J., Horn, S., & Steinwachs, D. (1984).** Morbidity in childhood—a longitudinal view. *New England Journal of Medicine*, 310, 824-829.
- Stark, M. J., Tesselaar, H. M., O'Connell, A. A., Person, B., Galavotti, C., Cohen, A., & Walls, C. (1998).** Psychosocial factors associated with the stages of change for condom use among women at risk for HIV and STDs: Implications for intervention development. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 967-978.
- Statistics Canada. (1996).** 1996 Census Nation tables [On-line]. Available: <http://www.statcan.ca/english/Pgdb/People/Families/famil5a.htm>
- Statistics Canada. (1997).** Average hours per week of television viewing, Fall 1997 (Catalogue no. 87F0006XPB) [On-line], Available: <http://www.statcan.ca/cgi-bin/search.cgi?>
- Staub, E. (1996).** Cultural-societal roots of violence: The examples of genocidal violence and of contemporary youth violence in the United States. *American Psychologist*, 51, 117-132.
- Stauder, J. E. A., Molenaar, P. C. M., & Van der Molen, M. W. (1993).** Scalp topography of event-related brain potentials and cognitive transition during childhood. *Child Development*, 64, 769-788.
- Staudinger, U. M., & Baltes, P. B. (1996).** Interactive minds: A facilitative setting for wisdom-related performance? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 746-762.
- Staudinger, U. M., Fleeson, W., & Baltes, P. B. (1999).** Predictors of subjective physical health and global well-being: Similarities and differences between the United States and Germany. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 305-319.
- Staudinger, U. M., Lopez, D. E., & Baltes, P. B. (1997).** The psychometric location of wisdom-related performance: Intelligence, personality, or more? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 1200-1214.
- Stedman, L. C., & Kaestle, C. E. (1987).** Literacy and reading performance in the United States from 1880 to the present. *Reading Research Quarterly*, 22, 8-46.
- Steel, L. (1991).** Early work experience among white and non-white youths: Implications for subsequent enrollment and employment. *Youth and Society*, 22, 419-447.
- Steffens, D. C., Helms, M. J., Krishnan, K. R. R., & Burke, G. L. (1999).** Cerebrovascular disease and depressive symptoms in the cardiovascular health study. *Stroke: Journal of the American Heart Association*, 30, 2159-2166.
- Steinbach, U. (1992).** Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47(4), S183-190.
- Steinberg, K. K., Smith, S. J., Thacker, S. B., & Stroup, D. F. (1994).** Breast cancer risk and duration of estrogen use: The role of the study design in meta-analysis. *Epidemiology*, 5, 415-421.
- Steinberg, L. (1981).** Transformations in family relations at puberty. *Developmental Psychology*, 17, 833-840.
- Steinberg, L. (1987).** Impact of puberty on family relations: Effect of pubertal status and pubertal timing. *Developmental Psychology*, 23, 451-460.
- Steinberg, L. (1988).** Reciprocal relation between parent-child distance and pubertal maturation. *Developmental Psychology*, 24, 122-128.
- Steinberg, L., & Darling, N. (1994).** The broader context of social influence in adolescence. In R. Silberstein & E. Todt (Eds.), *Adolescence in context*. New York: Springer.
- Steinberg, L., Dornbusch, S. M., & Brown, B. B. (1992).** Ethnic differences in adolescent achievement: An ecological perspective. *American Psychologist*, 47, 723-729.
- Steinberg, L., Fegley, S., & Dornbusch, S. M. (1993).** Negative impact of part-time work on adolescent adjustment: Evidence from a longitudinal study. *Developmental Psychology*, 29, 171-180.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Dornbusch, S. M., & Darling, N. (1992).** Impact of parenting practices on adolescent achievement: Parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development*, 47, 723-729.
- Steiner, J. E. (1979).** Human facial expressions in response to taste and smell stimulation. *Advances in Child Development and Behavior*, 13, 257.
- Stennies, G., Ikeda, R., Leadbetter, S., Houston, B., & Sacks, J. (1999).** Firearm storage practices and children in the home, United States, 1994. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153, 586-590.
- Steptoe, A., & Butler, N. (1996).** Sports participation and emotional wellbeing in adolescents. *The Lancet*, 347, 1789-1792.
- Stern, M. B. (1950).** *Louisa May Alcott*. Norman: University of Oklahoma Press.
- Sternbach, H. (1998).** Age-associated testosterone decline in men: Clinical issues for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1310-1318.
- Sternberg, R. J. (1984, September).** How can we teach intelligence? *Educational Leadership*, pp. 38-50.
- Sternberg, R. J. (1985a).** *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence*. New York: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. (1985b, August).** *A triangular theory of love*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Los Angeles, CA.
- Sternberg, R. J. (1985c, November).** Teaching critical thinking, Part I: Are we making critical mistakes? *Phi Delta Kappan*, pp. 194-198.
- Sternberg, R. J. (1986).** *Intelligence applied: Understanding and increasing your intellectual skills*. San Diego: Harcourt Brace.
- Sternberg, R. J. (1987, September 23).** The use and misuse of intelligence testing: Misunderstanding meaning, users overrely on scores. *Education Week*, pp. 22, 28.
- Sternberg, R. J. (1993).** *Sternberg Triarchic Abilities Test*. Unpublished manuscript.
- Sternberg, R. J. (1995).** Love as a story. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(4), 541-546.
- Sternberg, R. J. (1997).** The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. *American Psychologist*, 52, 1030-1037.
- Sternberg, R. J. (1998).** A balance theory of wisdom. *Review of General Psychology*, 2, 347-365.
- Sternberg, R. J., & Barnes, M. L. (1985).** Real and ideal other in romantic relationships: Is four a crowd? *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 1586-1608.
- Sternberg, R. J., & Clinkenbeard, P. (1995).** A triarchic view of identifying, teaching, and assessing gifted children. *Roeper Review*, 17, 255-260.
- Sternberg, R. J., & Grajek, S. (1984).** The nature of love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 312-329.
- Sternberg, R. J., & Horvath, J. A. (1998).** Cognitive conceptions of expertise and their relations to giftedness. In R. C. Friedman & K. B. Rogers (Eds.), *Talent in context: Historical and social perspectives on giftedness* (pp. 177-191). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sternberg, R. J., & Lubart, T. I. (1995).** *Defying the crowd: Cultivating creativity in a culture of conformity*. NY: Free Press.

- Sternberg, R. J., Torff, B., & Grigorenko, E. L. (1997). *Teaching triarchically improves school achievement*. Manuscript submitted for publication.
- Sternberg, R. J., & Wagner, R. K. (1993). The g-o-centric view of intelligence and job performance is wrong. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 1-4.
- Sternberg, R. J., & Wagner, R. K. (1989). Individual differences in practical knowledge, and its acquisition. In P. L. Aekerman, R. J. Sternberg, & R. Glaser (Eds.), *Learning and individual differences* (pp. 255-278). New York: Freeman.
- Sternberg, R. J., & Wagner, R. K. (1993). The g-o-centric view of intelligence and job performance is wrong. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 1-4.
- Sternberg, R. J., Wagner, R. K., Williams, W. M., & Horvath, J. A. (1995). Testing common sense. *American Psychologist*, 50, 912-927.
- Stevens, J. C., Cain, W. S., Demarque, A., & i Ruthruff, A. M. (1991). On the discrimination of missing ingredients: Aging and salt flavor. *Appetite*, 16, 129-140.
- Stevens, J. H., & Bakeman, R. (1985). A factor analytic study of the HOME scale for infants. *Developmental Psychology*, 21, 1106-1203.
- Stevenson, H. W. (1995). Mathematics achievement of American students: First in the world by the year 2000? In C. A. Nelson (Ed.), *The Minnesota SYmposia on Child Psychology: Vol. 28. Basic and applied perspectives on learning, cognition, and development* (pp. 131-149). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stevenson, H. W., Chen, C., & Lee, S. Y. (1993). Mathematics achievement of Chinese, Japanese, and American children: Ten years later. *Science*, 258 (5081), 53-58.
- Stevenson, H. W., Lee, S., Chen, C., & Lummis, M. (1990). Mathematics achievement of children in China and the United States. *Child Development*, 61, 1053-1066.
- Stevenson, H. W., Lee, S. Y., Chen, C., Stigler, J. W., Hsu, C. C., & Kitamura, S. (1990). Contexts of achievement: A study of American, Chinese, and Japanese children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 55(1-2, Serial No. 221).
- Stevenson-Hinde, J., & Shouldice, A. (1996). Fearfulness: Developmental consistency. In A. J. Sameroff & M. M. Haith (Eds.), *The five to seven year shift: The age of reason and responsibility* (pp. 237-252). Chicago: University of Chicago Press.
- Steward, M. S., & Steward, D. S. (1996). Interviewing young children about body touch and handling. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 61(4-5, Serial No. 248).
- Stewart, A. J., & Ostrove, J. M. (1998). Women's personality in middle age: Gender, history, and midcourse correction. *American Psychologist*, 53, 1185-1194.
- Stewart, A. J., & Vandewater, E. A. (1999). "If I had to do it over again...": Midlife review, midlife corrections, and women's well-being in midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 270-283.
- Stewart, I. C. (1994, January 29). Two-part message [Letter to the editor]. *The New York Times*, p. A18.
- Stewart, W., Kavas, C., Corrada, M., & Metler, E. J. (1997). Risk of Alzheimer's disease and duration of NSAID use. *Neurology*, 48, 626-632.
- St. George-Hyslop, P. H., Tanzi, R. E., Polinsky, R. J., Haines, J. L., Nee, L., Watkins, P. C., Myers, R. H., Feldman, R. G., Pollen, D., Drachman, D., Growdon, J., Bruni, A., Foncin, J., Salmon, D., Frommelt, P., Amaducci, L., Sorbi, S., Piacentini, S., Stewart, G. D., Hobbs, W. J., Conneally, P. M., & Gusella, J. E. (1987). The genetic defect causing familial Alzheimer's disease maps on chromosome 21. *Science*, 235, 885-890.
- Sticht, T. G., & James, J. H. (1984). Listening and reading. In P. D. Pearson (Ed.), *Handbook of reading research: Part 2*. New York: Longman.
- Stick, S. M., Burton, P. R., Gurrin, L., Sly, P. D., & LeSouef, P. N. (1996). Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. *The Lancet*, 348, 1060-1064.
- Stifter, C. A., Coulehan, C. M., & Fish, M. (1993). Linking employment to attachment: The mediating effects of maternal separation anxiety and interactive behavior. *Child Development*, 64, 1451-1460.
- Stigler, J. W., Lee, S., & Stevenson, H. W. (1987). Mathematics classrooms in Japan, Taiwan, and the United States. *Child Development*, 58, 1272-1285.
- Stipek, D. J., Gralinski, H., & Kopp, C. B. (1990). Self-concept development in the toddler years. *Developmental Psychology*, 26, 972-977.
- Stipek, D. J., & Ryan, R. H. (1997). Economically disadvantaged preschoolers: Ready to learn but further to go. *Developmental Psychology*, 33, 711-723.
- Stones, M. J., & Kozma, A. (1996). Activity, exercise, and behavior. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4th ed., pp. 338-352). San Diego: Academic Press.
- Strahan, G. W. (1997). *An overview of nursing homes and their current residents: Data from the 1995 National Nursing Home Survey* (Advance Data from Vital and Health Statistics, No. 280). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Strasburger, V. C., & Donnerstein, E. (1999). Children, adolescents, and the media: Issues and solutions. *Pediatrics*, 103, 129-139.
- Strobel, A., Camoin, T. I. L., Ozata, M., & Strosberg, A. D. (1998). A leptin missense mutation associated with hypogonadism and morbid obesity. *Nature Genetics*, 18, 213-215.
- Straus, M. A. (1994). *Beating the devil out of them: Corporal punishment in American families*. San Francisco: Jossey-Bass/Lexington.
- Straus, M. A., & Donnelly, D. A. (1993). Corporal punishment of adolescents by American parents. *Youth and Society*, 24, 419-442.
- Straus, M. A., Sugarman, D. B., & Giles-Sims, J. (1997). Spanking by parents and subsequent antisocial behavior of children. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 761-767.
- Strauss, M., Lessen-Firestone, J., Starr, R., & Ostrea, E. (1975). Behavior of narcotics-addicted newborns. *Child Development*, 46, 887-893.
- Strawbridge, W. J., & Wallhagen, M. I. (1991). Impact of family conflict on adult child caregivers. *The Gerontologist*, 31(6), 770-777.
- Streissguth, A. P., Aase, J. M., Clarren, S. K., Randels, S. P., LaDue, R. A., & Smith, D. F. (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *Journal of the American Medical Association*, 265, 1961-1967.
- Streissguth, A. P., Martin, D. C., Barr, H. M., Sandman, B. M., Kirchner, G. L., & Darby, B. L. (1984). Intrauterine alcohol and nicotine exposure: Attention and reaction time in 4-year-old children. *Developmental Psychology*, 20, 533-541.
- Streitfeld, D. (1997, July 13). Sad story. *Washington Post*, p. F1.
- Strobel, A., Camoin, T. I. L., Ozata, M., & Strosberg, A. D. (1998). A leptin missense mutation associated with hypogonadism and morbid obesity. *Nature Genetics*, 18, 213-215.
- Stroebe, M., Gergen, M. M., Gergen, K. J., & Stroebe, W. (1992). Broken hearts or broken bonds: Love and death in historical perspective. *American Psychologist*, 47(10), 1205-1212.
- Strom, R., Collinsworth, P., Strom, S., & Griswold, D. (1992-1993). Strengths and needs of black grandparents. *International Journal of Aging and Human Development*, 36, 255-268.

- Strömlund, K., & Hellström, A. (1996). Fetal alcohol syndrome—An ophthalmological and socioeducational prospective study. *Pediatrics*, 97, 845-850.
- Strube, M. J., & Barbour, L. S. (1984). Factors related to the decision to leave an abusive relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 46, 837-844.
- Stuart, J. (1991). Introduction. In Z. Zhensun & A. Low, *A young painter: The life and paintings of Wang Yan-Chin's extraordinary young artist* (pp. 6-7). New York: Scholastic.
- Stubbs, M. L., Rierdan, J., & Koff, E. (1989). Developmental differences in menstrual attitudes. *Journal of Early Adolescence*, 9(4), 480-498.
- Stunkard, A., Harris, J. R., Pedersen, N. L., & McClearn, G. E. (1990). The body-mass index of twins who have been reared apart. *New England Journal of Medicine*, 322(21), 1483-1487.
- Stunkard, A. J., Foch, T. T., & Hrubec, Z. (1986). A twin study of human obesity. *Journal of the American Medical Association*, 256(1), 51-54.
- Sturges, J. W., & Sturges, L. V. (1998). In vivo systematic desensitization in a single-session treatment of an 11-year-old girl's elevator phobia. *Child & Family Behavior Therapy*, 20, 55-62.
- Subar, A. F., Krebs-Smith, S. M., Cook, A., & Kahle, L. L. (1998). Dietary sources of nutrients among US children, 1989-1991. *Pediatrics*, 102, 913-923.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1998a). *Driving after alcohol or drug use*. Washington, DC: Author.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (1998b). *Preliminary results from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse*. Washington, DC: Author.
- Sue, S., & Okazaki, S. (1990). Asian-American educational achievements: A phenomenon in search of an explanation. *American Psychologist*, 45(8), 913-920.
- Sugarman, J. (1999). Ethical considerations in leaping from bench to bedside. *Science*, 285, 2071-2072.
- Suicide-Part I. (1996, November). *The Harvard Mental Health Letter*, pp. 1-5.
- Suicide-Part II. (1996, December). *The Harvard Mental Health Letter*, pp. 1-5.
- Suitor, J. J., & Pillemer, K. (1993). Support and interpersonal stress in the social networks of married daughters caring for parents with dementia. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 41 (1), SI-8.
- Suitor, J. J., Pillemer, K., Keeton, S., & Robison, J. (1995). Aged parents and aging children: Determinants of relationship quality. In R. Blieszner & V. Hilkevitch (Eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 223-242). Westport, CT: Greenwood Press.
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Fear, J. L., & Pickering, A. (1998). Outcome of anorexia nervosa: A case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 939-946.
- Sullivan-Bolyai, J., Hull, H. F., Wilson, C., & Corey, L. (1983). Neonatal herpes simplex virus infection in King County, Washington. *Journal of the American Medical Association*, 250, 3059-3062.
- Suomi, S., & Harlow, H. (1972). Social rehabilitation of isolate-reared monkeys. *Developmental Psychology*, 6, 487-496.
- Super, D. E. (1957). *The psychology of careers*. New York: Harper & Row.
- Super, D. E. (1985). *Coming of age in Middletown: Careers in the making*. *American Psychologist*, 40, 405-414.
- The SUPPORT Principal Investigators. (1995). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). *Journal of the American Medical Association*, 274, 1591-1598.
- Susman-Stillman, A., Kalkoske, M., Egeland, B., & Waldman, I. (1996). Infant temperament and maternal sensitivity as predictors of attachment security. *Infant Behavior and Development*, 19, 33-47.
- Suzuki, L. A., & Valencia, R. R. (1997). Race-ethnicity and measured intelligence: Educational implications. *American Psychologist*, 52, 1103-1114.
- Swain, I. U., Zelazo, P. R., & Clifton, R. K. (1993). Newborn infants' memory for speech sounds retained over 24 hours. *Developmental Psychology*, 29, 312-323.
- Swanson, H. L. (1999). What develops in working memory? *Developmental Psychology*, 35, 986-1000.
- Swarr, A. E., & Richards, M. H. (1996). Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental Psychology*, 32, 636-646.
- Swedo, S., Rettew, D. C., Kuppenheimer, M., Lum, D., Dolan, S., & Goldberger, E. (1991). Can adolescent suicide attemptors be distinguished from at-risk adolescents? *Pediatrics*, 88(3), 620-629.
- Szinovacz, M. (1996). Couples' employment/retirement patterns and perceptions of marital quality. *Research on Aging*, 18, 243-268.
- Szinovacz, M., & Ekerdt, D. J. (1995). Families and retirement. In R. Blieszner & V. Hilkevitch (Eds.), *Handbook of aging and the family* (pp. 375-400). Westport, CT: Greenwood Press.
- Szinovacz, M. E. (1998). Grandparents today: A demographic profile. *The Gerontologist*, 38, 37-52.
- Szkrybalo, J., & Ruble, D. N. (in press). "God made me a girl": Sex category constancy judgments and explanations revisited. *Developmental Psychology*.
- Taddio, A., Katz, J., Ilersich, A. L., & Koren, G. (1997). Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. *The Lancet*, 349, 599-603.
- Takanishi, R. (1993). The opportunities of adolescence—Research, interventions, and policy. *American Psychologist*, 48, 85-87.
- Talbott, M. M. (1998). Older widows' attitudes towards men and remarriage. *Journal of Aging Studies*, 12, 429-449.
- Tamir, L. M. (1989). Modern myths about men at midlife: An assessment. In S. Hunter & M. Sundel (Eds.), *Midlife myths*. Newbury Park, CA: Sage.
- Tanda, G., Pontieri, F. E., & DiChiara, G. (1997). Cannabinoid and heroin activation of mesolimbic dopamine transmission by a common N, opiod receptor mechanism. *Science*, 276, 2048-2050.
- Tang, M., Jacobs, C., Stern, Y., Marder, K., Schofield, R., Gurland, B., Andrews, H., & Mayeux, R. (1996). Effect of oestrogen during menopause on risk and age at onset of Alzheimer's disease. *The Lancet*, 348, 429-433.
- Tang, M., Stern, Y., Marder, K., Bell, K., Gurland, B., Lantigua, R., Andrews, H., Feng, L., Tycko, B., & Mayeux, R. (1998). The APOE-4 allele and the risk of Alzheimer Disease among African Americans, Whites, and Hispanics. *Journal of the American Medical Association*, 279, 751-755.
- Tang, Y.-R., Shimizu, E., Dube, G. R., Rampon, C., Kerchner, G. A., Zhuo, M., Liu, G., & Tsien, J. Z. (1999). Genetic enhancement of learning and memory in mice. *Nature*, 400(6748), 63-68.
- Tanner, J. M. (1978). *Fetus into man: Physical growth from conception to maturity*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Tao, K.-T. (1998). An overview of only child family mental health in China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(Suppl.), S206-S211.
- Tardif, T. (1996). Nouns are not always learned before verbs: Evidence from Mandarin speakers' early vocabularies. *Developmental Psychology*, 32, 492-504.
- Targ, D. B. (1979). Toward a reassessment of women's experience at middle-age. *Family Coordinator*, 28(3), 377-382.
- Tarnowski, A. C., & Antonucci, T. C. (1998, June 21). Adjustment to retirement: The

- influence of social relations. Paper presented at the SPSSI Convention, Ann Arbor, MI.
- Taubes, G. (1998, May 29).** As obesity rates rise, experts struggle to explain why. *Science*, 280, 1367-1368.
- Taylor, H. (1995, January 30).** Doctor-assisted suicide: Support for Doctor Kevorkian remains strong, and 2-to-1 majority approves Oregon-style assisted suicide bill. New York: Harris & Associates.
- Taylor, H. S., Arici, A., Olive, D., & Igarashi, P. (1998).** HOXA10 is expressed in response to sex steroids at the time of implantation in the human endometrium. *Journal of Clinical Investigation*, 101, 1379-1384.
- Taylor, J. A., Krieger, J. W., Reay, D. T., Davis, R. L., Harruff, R., & Cheney, L. K. (1996).** Prone sleep position and the sudden infant death syndrome in King's County, Washington: A case-control study. *Journal of Pediatrics*, 128, 626-630.
- Taylor, J. A., & Sanderson, M. (1995).** A reexamination of the risk factors for sudden infant death syndrome. *Journal of Pediatrics*, 126, 887-891.
- Taylor, J. M. (1979).** *Eva Perón: The myths of a woman*. Chicago: University of Chicago Press.
- Taylor, M. (1997).** The role of creative control and culture in children's fantasy/reality judgments. *Child Development*, 68, 1015-1017.
- Taylor, M., & Carlson, S. M. (1997).** The relation between individual differences in fantasy and theory of mind. *Child Development*, 68, 436-455.
- Taylor, M., Cartwright, B. S., & Carlson, S. M. (1993).** A developmental investigation of children's imaginary companions. *Developmental Psychology*, 28, 276-285.
- Taylor, M. G. (1996).** The development of children's beliefs about social and biological aspects of gender differences. *Child Development*, 67, 1555-1571.
- Taylor, R. D., & Roberts, D. (1995).** Kinship support in maternal and adolescent well-being in economically disadvantaged African-American families. *Child Development*, 66, 1585-1597.
- Teachman, J. D., Paasch, K., & Carver, K. (1996).** Social capital and dropping out of school early. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 773-783.
- Techner, D. (1994, February 6).** *Death and dying*. Seminar presentation for candidates in Leadership Program, International Institute for Secular Humanistic Judaism, Farmington Hills, MI.
- Teen sex down, new study slows: Secretary Shalala announces new teen pregnancy prevention grant programs [Press release]. (1997, May 1).** Washington, DC: National Center for Health Statistics.
- Teller, D. Y., & Bornstein, M. H. (1987).** Infant color vision and color perception. In P. Salapatek & L. B. Cohen (Eds.), *Handbook of infant perception: Vol. 1. From sensation to perception* (pp. 185-236). Orlando, FL: Academic Press.
- Templeton, A., & Morris, J. K. (1998).** Reducing the risk of multiple births by transfer of two embryos after in vitro fertilization. *New England Journal of Medicine*, 339, 573-578.
- Terman, D. L., Larner, M. B., Stevenson, C. S., & Behrman, R. E. (1996).** Special education for students with disabilities. *The Future of Children*, 6(1), 4-24.
- Terman, L. M., & Oden, M. H. (1959).** *Genetic studies of genius: Vol. 5. The gifted group at mid-life*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Termine, N. T., & Izard, C. E. (1988).** Infants' responses to their mothers' expressions of joy and sadness. *Developmental Psychology*, 24, 223-229.
- Tesman, J. R., & Hills, A. (1994).** Developmental effects of lead exposure in children. *Social Policy Report of the Society for Research in Child Development*, 8(3), 1-16.
- Teti, D. M., & Ablard, K. E. (1989).** Security of attachment and infant sibling relationships: A laboratory study. *Child Development*, 60, 1519-1528.
- Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D. S., & Isabella, R. (1995).** Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Teti, D. M., Sakin, J. W., Kucera, E., Corns, K. M., & Eiden, R. D. (1996).** And baby makes four: Predictors of attachment security among preschool-age firstborns during the transition to siblinghood. *Child Development*, 67, 579-596.
- te Velde, E. R., & van Leusden, H. A. I. M. (1994).** Hormonal treatment for the climacteric: Alleviation of symptoms and prevention of postmenopausal disease. *The Lancet*, 343, 654-656.
- Thabes, V. (1997).** A survey analysis of women's long-term, postdivorce adjustment. *Journal of Divorce & Remarriage*, 27, 163-175.
- Thacker, S. B., Addiss, D. G., Goodman, R. A., Holloway, B. R., & Spencer, H. C. (1992).** Infectious diseases and injuries in child day care: Opportunities for healthier children. *Journal of the American Medical Association*, 268, 1720-1726.
- Thal, D., Tobias, S., & Morrison, D. (1991).** Language and gesture in late talkers: A one-year follow-up. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 604-612.
- Tharp, R. G. (1989).** Psychocultural variables and constants: Effects on teaching and learning in schools. *American Psychologist*, 44, 349-359.
- Thelen, E. (1994).** Three-month-old infants can learn task-specific patterns of interlimb coordination. *Psychological Science*, 5, 280-285.
- Thelen, E. (1995).** Motor development: A new synthesis. *American Psychologist*, 50(2), 79-95.
- Thelen, E., & Fisher, D. M. (1982).** Newborn stepping: An explanation for a "disappearing" reflex. *Developmental Psychology*, 18, 760-775.
- Thelen, E., & Fisher, D. M. (1983).** The organization of spontaneous leg movements in newborn infants. *Journal of Motor Behavior*, 15, 353-377.
- Thoma, S. J., & Rest, J. R. (1999).** The relationship between moral decision making and patterns of consolidation and transition in moral judgment development. *Developmental Psychology*, 35, 323-334.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977).** *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Thomas, A., & Chess, S. (1984).** Genesis and evolution of behavioral disorders: From infancy to early adult life. *American Journal of Orthopsychiatry*, 141(1), 1-9.
- Thomas, A., Chess, S., & Birch, H. G. (1968).** *Temperament and behavior disorders in children*. New York: New York University Press.
- Thornas, D. G., & Lykins, M. S. (1995).** Event-related potential measures of 24-hour retention in 5-month-old infants. *Developmental Psychology*, 31, 946-957.
- Thomas, R. M. (1996).** *Comparing theories of child development* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.
- Thomas, S. P. (1997).** Psychosocial correlates of women's self-rated physical health in middle adulthood. In M. E. Lachman & J. B. James (Eds.), *Multiple paths of midlife development* (pp. 257-291). Chicago: University of Chicago Press.
- Thomas, W. R., & Collier, V. P. (in preparation).** *Language minority student achievement and program effectiveness*.
- Thompson, B., Wasserman, J. D., Gyurke, J. S., Matula, K., Mitchell, J. H., & Carr, B. (1994, January).** *The validity of mental and motor scores from the new Bayley Scales of Infant Development—II: A second-order factor analysis*. Paper presented at the annual meeting of the Southwest Educational Research Association, San Antonio, TX.

- Thompson, D. C., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (19%)**. Effectiveness of bicycle safety helmets in preventing head injuries: A case-control study. *Journal of the American Medical Association*, 276, 1968-1973.
- Thompson, L., & Walker, A. J. (1989)**. Gender in families: Women and men in marriage, work, and parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 845-871.
- Thompson, L. A., Fagan, J. F., & Fulker, D. W. (1991)**. Longitudinal prediction of specific cognitive abilities from infant novelty preference. *Child Development*, 62, 530-538.
- Thompson, R. A. (1991)**. Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3, 269-307.
- Thompson, R. A. (1998)**. Early sociopersonality development. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (4th ed., pp. 25-104). New York: Wiley.
- Thorne, A., & Michaelieu, Q. (1996)**. Situating adolescent gender and self-esteem with personal memories. *Child Development*, 67, 1374-1390.
- Thurstone, L. L. (1938)**. Primary mental abilities. *Psychometric Monographs*, No. 1.
- Tincoff, R., & Jusczyk, P. W. (1999)**. Some beginnings of word comprehension in 6-month-olds. *Psychological Science*, 10, 172-177.
- Tisdale, S. (1988)**. The mother. *Hippocrates*, 2(3), 64-72.
- Tobin-Richards, M. H., Boxer, A. M., & Petersen, A. C. (1983)**. The psychological significance of pubertal change: Sex differences in perceptions of self during early adolescence. In J. Brooks-Gunn & A. C. Petersen (Eds.), *Girls at puberty: Biological, social, and psychological perspectives*. New York: Plenum.
- Tomasello, M., Mannle, S., & Kruger, A. C. (1986)**. Linguistic environment of 1- and 2-year-old twins. *Developmental Psychology*, 22, 169-176.
- Tong, S., Baghurst, P. A., Sawyer, M. G., Burns, J., & McMichael, A. J. (1998)**. Declining blood lead levels and changes in cognitive function during childhood: The Port Pirie Cohort Study. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1915-1919.
- Torrance, E. P. (1966)**. *The Torrance Tests of Creative Thinking: Technical-norms manual (Researched.)*. Princeton, NJ: Personnel Press.
- Torrance, E. P. (1974)**. *The Torrance Tests of Creative Thinking: Technical-norms manual*. Bensonville, IL: Scholastic Testing Service.
- Torrance, E. P. (1988)**. The nature of creativity as manifest in its testing. In R. J. Sternberg (Ed.), *The nature of creativity: Contemporary psychological perspectives* (pp. 43-75). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Torrance, E. P. & Ball, O. E. (1984)**. *Torrance Tests of Creative Thinking: Streamlined (revised) manual, Figurai A and B*. Bensonville, IL: Scholastic Testing Service.
- Tower, R. B. & Kasl, S. V. (1996)**. Gender, marital closeness, and depressive symptoms in elderly couples. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B, P115-129.
- Towner, D., Castro, M. A., Eby-Wilkens, E., & Gilbert, W. M. (1999)**. Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. *New England journal of Medicine*, 341, 1709-1714.
- Townsend, N. W. (in press)**. Men, migration, and households in Botswana: An exploration of connections over time and space. *Journal of Southern African Studies*.
- Tramontana, M. G., Hooper, S. R. & Selzer, S. C. (1988)**. Research on the preschool prediction of later academic achievement: A review. *Developmental Review*, 8, 89-146.
- Travis, J. (1996, January 6)**. Obesity researchers feast on two scoops. *Science News*, p. 6.
- Treas, J. (1995, May)**. Older Americans in the 1990s and beyond. *Population Bulletin*, 50(2). Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Troll, L. E. (1975)**. *Early and middle adulthood*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Troll, L. E. (1985)**. *Early and middle adulthood* (2d ed). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Troll, L. E. (1986)**. Parents and children in later life. *Generations*, 70(4), 23-25.
- Troll, L. E. (1989)**. Myths of midlife intergenerational relationships. In S. Hunter & M. Sundel (Eds.), *Midlife myths*. Newbury Park, CA: Sage.
- Troll, L. E., & Fingerman, K. L. (1996)**. Connections between parents and their adult children. In C. Magai & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 185-205). San Diego: Academic Press.
- Tronick, E. (1972)**. Stimulus control and the growth of the infant's visual field. *Perception and Psychophysics*, 11, 373-375.
- Tronick, E. Z. (1980)**. On the primacy of social skills. In D. B. Sawin, L. O. Walker, & J. H. Penticuff (Eds.), *The exceptional infant: Psychosocial risk in infant environment transactions*. New York: Brunner/Mazel.
- Tronick, E. Z. (1989)**. Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112-119.
- Tronick, E. Z., Frank, D. A., Cabral, H., Mirochnick, M., & Zuckerman, B. (1996)**. Late dose-response effects of prenatal cocaine exposure on newborn neurobehavioral performance. *Pediatrics*, 98, 76-83.
- Tronick, E. Z., Morelli, G. A., & Ivey, P. (1992)**. The Efe forager infant and toddler's pattern of social relationships: Multiple and simultaneous. *Developmental Psychology*, 28, 568-577.
- Trost, S. G., Pate, R. R., Dowda, M., Saunders, R., Ward, D. S., & Felton, G. (1996)**. Gender differences in physical activity and determinants of physical activity in rural fifth grade children. *Journal of School Health*, 66, 145-150.
- Trotter, R. J. (1986, August)**. Profile: Robert J. Sternberg: Three heads are better than one. *Psychology Today*, pp. 56-62.
- Trueheart, C. (1999, October 14)**. France gives right to unwed couples. *Boston Globe*, p. A4.
- Truschke, E. F. (1998, Fall)**. Message from the president. *Advances: Progress in Alzheimer Research and Care*, p.1.
- Tschann, J., Johnston, J. R., & Wallerstein, J. S. (1989)**. Resources, stressors, and attachment as predictors of adult adjustment after divorce: A longitudinal study. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 51, 1033-1046.
- Tsevat, J., Dawson, N. V., Wu, A. W., Lyinn, J., Soukup, J. R., Cook, E. F., Vidaillet, H., Phillips, R. S. (1998)**. Health values of hospitalized patients 80 years or older. *Journal of the American Medical Association*, 279, 371-375.
- Tucker, C. J., Barber, B. L., & Eccles, J. S. (1997)**. Advice about life plans and personal problems in late adolescent sibling relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 63-76.
- Tucker, J. S., & Friedman, H. S. (1996)**. Emotion, personality, and health. In C. Magai, & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 307-326). San Diego: Academic Press.
- Tucker, M. B., & Mitchell-Kernan, C. (1998)**. Psychological well-being and perceived marital opportunity among single African American, Latina and White women. *Journal of Comparative Family Studies*, 29, 57-72.
- Tucker, M. B., Taylor, R. J., & Mitchell-Kernan, C. (1993)**. Marriage and romantic involvement among aged African

- Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, S123-132.
- Tuma, J. M. (1989).** Mental health services for children: The state of the art. *American Psychologist*, 44, 188-199.
- Turiel, E. (1998).** The development of morality. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (4th ed., pp. 863-932). New York: Wiley.
- Turner, C. F., Ku, L., Rogers, S. M., Lindberg, L. D., Pleck, J. K., & Sonenstein, F. L. (1998).** Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: Increased reporting with computer survey technology. *Science*, 280, 867-873.
- Turner, P. H., et al. (1985, March).** *Parenting in gay and lesbian families*. Paper presented at the first meeting of the Future of Parenting Symposium, Chicago, IL.
- Turner, P. J., & Gervai, J. (1995).** A multidimensional study of gender typing in preschool children and their parents: Personality, attitudes, preferences, behavior, and cultural differences. *Developmental Psychology*, 31, 759-772.
- Tygiel, J. (1983).** Baseball's great experiment: Jackie Robinson and his legacy. New York: Oxford University Press.
- Tygiel, J. (Ed.). (1997).** *The Jackie Robinson reader*. New York: Dutton.
- Tyler, P. E. (1994, January 11).** Chinese start a vitamin program to eliminate a birth defect. *The New York Times*, p. C3.
- Uhlenberg, P. (1988).** Aging and the social significance of cohorts. In J. E. Birren & V. L. Bengtson (Eds.), *Emergent theories of aging* (pp. 405-425). New York: Springer.
- Uhlenberg, P., Cooney, T., & Boyd, R. (1990).** Divorce for women after midlife. *Journal of Gerontology*, 45(1), 53-61.
- Uhlenberg, P. & Myers, M. A. P. (1981).** Divorce and the elderly. *The Gerontologist*, 21(3), 276-282.
- Uitterlinden, A. G., Burger, H., Huang, Q., Yue, E., McGuigart, E. E. A., Grant, S. E. A., van Leeuwen, J. P. T., Pols, H. A. P. & Ralston, S. H. (1998).** Relation of alleles of the collagen type I α gene to bone density and the risk of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *New England Journal of Medicine*, 33, 1016-1021.
- Umberson, D. (1992).** Relationships between adult children and their parents: Psychological consequences for both generations. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 664-674.
- Umberson, D., & Chen, M. D. (1994).** Effects of a parent's death on adult children: Relationship to salience and reaction to loss. *American Sociological Review*, 59, 152-168.
- Umberson, D., Wortman, C. B., & Kessler, R. C. (1992).** Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 10-24.
- UNESCO. (1998).** *UNESCO statistical yearbook*. Lanham, MD: Bernan Press.
- UNICEF. (1992).** *State of the world's children*. New York: Oxford University Press.
- UNICEF. (1996).** *State of the world's children*. New York: Oxford University Press.
- United Nations. (1991).** *The world's women 1970-1990: Trends and statistics*. New York: Author.
- United Nations International Labor Organization (UNILO). (1993).** *Job stress: The 20th-century disease*. New York: United Nations.
- University of Michigan News and Information Services. (1998a, December 18).** *Drug use by American young people begins to turn downward* [Press release]. University of Michigan, Ann Arbor.
- University of Michigan News and Information Services. (1998b, December 18).** *Smoking among American teens declines some* [Press release]. University of Michigan, Ann Arbor.
- Urbano-Marquez, A., Estruch, R., Fernandez-Sola, J., Nicolas, J. M., Pare, J. C., & Rubin, E. (1995).** The greater risk of alcoholic cardiomyopathy and myopathy in women compared with men. *Journal of the American Medical Association*, 274, 149-154.
- U.S. Bureau of the Census. (1990).** *Who's minding the kids? Child care arrangements: 1986-1987* (Current Population Reports, Series P-70, No. 20). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (1991a).** *Household and family characteristics, March 1991* (Publication No. AP-20-458). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (1991b).** *1990 census of population and housing*. Washington, DC: Data User Service Division.
- U.S. Bureau of the Census. (1992a).** *Marital status and living arrangements: March 1991* (Current Population Reports, Series P-20-461). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (1992b).** *Sixty-five plus in America*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (1992c, October).** *When families break up* (Statistical Brief). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (1993a).** *Sixty-five plus in America*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (1993b).** *Statistical Abstract of the United States, 1993*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (1993c).** *Statistics on characteristics of single-parent households*. Washington, DC: Author.
- U.S. Bureau of the Census. (1995).** *Sixty-five plus in the United States*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (1996a).** *How we're changing: Demographic state of the nation: 1996* (Current Population Reports. Special Studies, Series P-23-191). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (1996b).** *Marital status and living arrangements: March 1994* (Current Population Reports, Series P-20-484). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (1996c).** *Sixty-five plus in the United States* (Current Population Reports, P-23-190). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (1998).** *Household and family characteristics: March 1998 (Update)* (Current Population Reports, P20-514). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Bureau of the Census. (1999a).** *Aging in the Americas into the XXI century* [On-line]. Available: <http://www.census.gov/80/ipc/www/agingam.mhtml>
- U.S. Bureau of the Census. (1999b).** *Estimates of the median age of the population for the United States, regions, divisions and states: July 1, 1998* (Publication ST-98-20). Washington, DC: Author.
- U.S. Bureau of the Census. (1999c).** *World population profile: 1998—Highlights* [Online]. Available: <http://www.census.gov/ipc/www/wp98001.html>
- U.S. Bureau of the Census. (1999d, January 7).** *Estimated median age at first marriage, by sex: 1890 to the present (table MS-2)* [On-line]. Available: <http://www.census.gov/population/socdemo/msla/tabms-2.txt>
- U.S. Bureau of Justice Statistics. (1994, November).** *Selected findings: Violence between intimates*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Consumer Product Safety Commission. (1991).** *Statistics on shopping cart safety*. Washington, DC: Author.

- U.S. Department of Education. (1992).** *Dryout rates in the U.S., 1991* (Publication No. NCES 92-129). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Education. (1996).** *National Center for Education Statistics: Schools and staffing in the United States: A statistical profile, 1993-94* (NCES 96-124). Washington, DC: Author.
- U.S. Department of Education, Office of Educational Research and Improvement. (1999).** *Fall enrollment in postsecondary institutions, 1997* (NCES 99-162). Washington, DC: National Center for Education Statistics.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1987).** *Smoking and Health: A national status report* (DHHS/PHS/Child Development Publication No. 87-8396). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1990).** *Health, United States, 1989* (DHHS Publication No. PHS 90-1232). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1992).** *Health, United States, 1991, and Prevention Profile* (DHHS Publication No. PHS 92-1232). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1993).** *Cataract patients guide* (Publication No. PHS A93-0544). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1996a).** *Health, United States, 1995* (DHHS Publication No. PHS 96-1232). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1996b).** *HHS releases study of relationship between family structure and adolescent substance abuse* [Press release, on-line]. Available: <http://www.hhs.gov>.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1999a).** *Blending perspectives and building common ground: A report to Congress on substance abuse and child protection*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1999b).** *Healthy People 2000 Review* (PHS 99-1256). Washington, DC: Author.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1999c, April 1).** *HHS reports new child abuse and neglect statistics* [Press release. On-line]. Available: <http://www.acf.dhhs.gov/news/abuse.htm#stats>
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (1999d, October 15).** *New NIAMS grant targets osteoporosis in men* [Press release]. Washington, DC: Author.
- U.S. Department of Labor, Women's Bureau. (1994).** *Working women count*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Environmental Protection Agency. (1994).** *Setting the record straight: Secondhand smoke is a preventable health risk* (EPA Publication No. 402-F-94-005). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- U.S. Office of Technology Assessment. (1992).** *The menopause, hormone therapy, and women's health*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Utiger, R. D. (1998).** A pill for impotence. *flew Engl and Journal of Medicine*, 338, 1458-1459.
- Uttal, D. H., & Wellman, H. M. (1989).** Young children's representation of spatial information acquired from maps. *Developmental Psychology*, 25, 128-138.
- Vaccarino, V., Parsons, L., Ever, N. R., Barron, H. V., & Krumholz, H. M., for the National Registry of Myocardial Infarction 2 Participants. (1999).** Sex-based differences in early mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 341, 217-225.
- Vaillant, G. E. (1977).** *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Vaillant, G. E. (1989).** The evolution of defense mechanisms during the middle years. In J. M. Oldman & R. S. Liebert (Eds.), *The middle years*. New Haven: Yale University Press.
- Vaillant, G. E. (1993).** *The wisdom of the ego*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Vaillant, G. E., Meyer, S. E., Mukamal, K., & Soldz, S. (1998).** Are social Supports in late midlife a cause or a result of successful physical aging? *Psychological Medicine*, 28(5), 1159-1168.
- Vaillant, G. E., & Milofsky, E. (1980).** Natural history of male psychological health IX: Empirical evidence for Erikson's model of the life cycle. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1348-1359.
- Vaillant, G. E., & Vaillant, C. O. (1990).** Natural history of male psychological health: 12. A 45-year study of predictors of successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 147, 31-37.
- Vainio, S., Heikkilä, M., Kispert, A., Chin, N., & McMahon, A. P. (1999).** Female development in mammals is regulated by Wnt-4 signalling. *Nature*, 397, 405-409.
- Vandell, D. L., & Bailey, M. D. (1992).** Conflicts between siblings. In C. U. Shantz & W. W. Hartup (Eds.), *Conflict in child and adolescent development* (pp. 242-269). New York: Cambridge University Press.
- Vandell, D. L., & Ramanan, J. (1992).** Effects of early and recent maternal employment on children from low-income families. *Child Development*, 63, 938-949.
- van den Hoonaard, D. K. (1999).** No regrets: Widows' stories about the last days of their husbands' lives. *Journal of Aging Studies*, 13, 59-72.
- Van der Maas, P. J., Van der Wal, G., Haverkate, I., De Graeff, C. L. M., Kester, J. G. C., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Van der Heide, A., Bosma, J. M., & Willerns, D. L. (1996).** Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. *New England Journal of Medicine*, 335, 1699-1705.
- van der Velde, M. E. G., Feij, J. A., & van Emmerik, H. (1998).** Change in work values and norms among Dutch young adults: Ageing or societal trends? *International Journal of Behavioral Development*, 22, 55-76.
- Van Heuvelen, M. J., Kempen, G. I., Ormel, J., & Rispens, P. (1998).** Physical fitness related to age and physical activity in older persons. *Medicine & Science in Sports and Exercise*, 30, 434-441.
- van Ijzendoorn, M. H. (1995).** Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403.
- van Ijzendoorn, M. H., & Kroonenberg, P. M. (1988).** Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the strange situation. *Child Development*, 59, 147-156.
- van Ijzendoorn, M. H., & Sagi, A. (1997).** Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook on attachment theory and research*. New York: Guilford Press.
- van Ijzendoorn, M. H., & Sagi, A. (1999).** Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 713-734). New York: Guilford.
- van Lieshout, C. F. M., Haselager, G. J. T., Riksen-Walraven, J. M., & van Aken, M. A. G. (1995, April).** Personality development in middle childhood. In D. Hart (Chair), *The contribution of childhood personality to adolescent competence: Insights from longitudinal studies from*

- three societies. Symposium conducted at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Indianapolis, IN.
- van Noord-Zaadstra, B. M., Looman, C. W., Alsbach, H., Habberna, J. D., te Velde, E. R., & Karbaat, J. (1991). Delayed childbearing: Effect of age on fecundity and outcome of pregnancy. *British Medical Journal*, 302, 1361-1365.
- Vargha-Khadem, F., Gadian, D. G., Watkins, K. E., Connelly, A., Van Paesschen, W., & Mishkin, M. (1997). Differential effects of early hippocampal pathology on episodic and semantic memory. *Science*, 277, 376-380.
- Vartanian, L. R., & Powlishta, K. K. (1996). A longitudinal examination of the social-cognitive foundations of adolescent egocentrism. *Journal of Early Adolescence*, 16, 157-178.
- Vassar, R., Bennett, B. D., Babu-Khan, S., Kahn, S., Mendiaz, E. A., Denis, P., Teplow, D. B., Ross, S., Amarante, R., Loeloff, R., Luo, Y., Fisher, S., Fuller, J., Edenson, S., Lile, J., Jaronsinski, M. A., Biere, A. L., Curran, E., Burgess, R., Louis, J., Collins, E., Treanor, J., Rogers, G., & Citron, M. (1999). B-secretase cleavage of Alzheimer's amyloid precursor protein by the transmembrane aspartic protease BACE. *Science*, 286, 735-741.
- Vaughn, B. E., Stevenson-Hinde, J., Waters, E., Kotsaftis, A., Lefever, G. B., Shouldice, A., Trudel, M., & Belsky, J. (1992). Attachment security and temperament in infancy and early childhood: Some conceptual clarifications. *Developmental Psychology*, 28, 463-473.
- Vaupel, J. W., Carey, J. R., Christensen, K., Johnson, T. E., Yashin, A. L., Holm, N. V., Iachine, I. A., Kannisto, V., Khazaeli, A. A., Liedo, P., Longo, V. D., Zeng, Y., Manton, K. G., & Curtsinger, J. W. (1998). Biodemographic trajectories of longevity. *Science*, 280, 855-860.
- Veninga, R. L. (1998, January 15). Stress in the workplace: How to create a productive and healthy work environment. *Vital Speeches*, 64, 217-219.
- Ventura, S. J., Martin, J. A., Curtin, S. C., & Mathews, T. J. (1998). Report of final natality statistics, 1996 (*Monthly Vital Statistics Report*, 46[11, Suppl]). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Ventura, S. J., Martin, J. A., Curtin, S. C., & Mathews, T. J. (1999). Births: Final data for 1997 (*National Vital Statistics Reports*, 47[18]). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Ventura, S. J., Mathews, T. J., & Curtin, S. C. (1999). Declines in teenage birth rates, 1991-1998: Update of national and state trends (*National Vital Statistics Reports*, 47[6]). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Verbrugge, L. M., Gruber-Baldini, A. L., & Fozard, J. L. (1996). Age differences and age changes in activities: Baltimore Longitudinal Study of Aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51(6), S30-41.
- Verhaeghen, R., Marcoen, A., & Goossens, L. (1992). Improving memory performance in the aged through mnemonic training: A meta-analytic study. *Psychology and Aging*, 7(2), 242-251.
- Verhaeghen, P., & Salthouse, T. A. (1997). Meta-analyses of age-cognition relations in adulthood: Estimates of linear and nonlinear age effects and structural models. *Psychological Bulletin*, 122, 231-249.
- Verloove-Vanhorick, S. P., Veen, S., Ens-Dokkum, M. H., Schreuder, A. M., Brand, R., & Ruys, R. H. (1994). Sex differences in disability and handicap at five years of age in children born at very short gestation. *Pediatrics*, 93, 576-579.
- Verschueren, K., Marcoen, A., & Schoefs, V. (1996). The internal working model of the self, attachment, and competence in five-year-olds. *Child Development*, 67, 2493-2511.
- Verschuren, W. M. M., Jacobs, D. R., Bloembergen, B. P. M., Kromhout, D., Menotti, A., Aravanis, C., Blackburn, H., Buzina, R., Dontas, A. S., Fidanza, F., Karvonen, M. J., Nedeljkovic, S., Nissinen, A., & Toshima, H. (1995). Serum total cholesterol and long-term coronary heart disease mortality in different cultures. *Journal of the American Medical Association*, 274, 131-136.
- Vigorito, A. J., & Curry, T. J. (1998). Marketing masculinity: Gender identity and popular magazines. *Sex Roles*, 39, 135-152.
- Visher, E. B., & Visher, J. S. (1983). Stepparenting: Blending families. In H. I. McCubbin & C. R. Figley (Eds.), *Stress and the family: 1. Coping with normative transitions*. New York: Brunner/Mazel.
- Visher, E. B., & Visher, J. S. (1989). Parenting coalitions after remarriage: Dynamics and therapeutic guidelines. *Family Relations*, 38, 65-70.
- Visher, E. B., & Visher, J. S. (1991). *How to win as a step-family* (2d ed.). New York: Brunner/Mazel.
- Vita, A. J., Terry, R. B., Hubert, H. B., & Fries, J. F. (1998). Aging, health risk, and cumulative disability. *New England Journal of Medicine*, 338, 1035-1041.
- Vitaro, E., Tremblay, R. E., Kerr, M., Pagani, L., & Bukowski, W. M. (1997). Disruptiveness, friends' characteristics, and delinquency in early adolescence: A test of two competing models of development. *Child Development*, 68, 676-689.
- Voelker, R. (1993). The genetic revolution: Despite perfection of elegant techniques, ethical answers still elusive. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2273-2277.
- Voelker, R. (1997). Federal program nourishes poor elderly. *Journal of the American Medical Association*, 278, 1301.
- Voice of rights struggle' Marian Anderson, 96, opera pioneer succumbs. (1993, April 26). *Jet* pp. 14-16, 18, 54.
- Vosniadou, S. (1987). Children and metaphors. *Child Development*, 58, 870-885.
- Voydanoff, P. (1987). *Work and family life*. Newbury Park, CA: Sage.
- Voydanoff, P. (1990). Economic distress and family relations: A review of the eighties. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 1099-1115.
- Voyer, D., Voyer, S., & Bryden, M. P. (1995). Magnitude of sex differences in spatial abilities: A meta-analysis and consideration of critical variables. *Psychological Bulletin*, 117(2), 250-270.
- Vuchinich, S., Angelelli, J., & Gatherum, A. (1996). Context and development in family problem solving with preadolescent children. *Child Development*, 67, 1276-1288.
- Vuori, L., Christiansen, N., Clement, J., Mora, J., Wagner, M., & Herrera, M. (1979). Nutritional supplementation and the outcome of pregnancy: 2. Visual habitation at 15 days. *Journal of Clinical Nutrition*, 32, 463-469.
- Vygotsky, L. S. (1956). *Selected psychological investigations*. Moscow: Izdatel'sto Akademii Pedagogicheskikh Nauk USSR.
- Vygotsky, L. S. (1962). *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press. (Original work published 1934)
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wagner, R. K., & Sternberg, R. J. (1985). Practical intelligence in real-world pursuits: The role of tacit knowledge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 436-458.
- Wagner, R. K., & Sternberg, R. J. (1986). Tacit knowledge and intelligence in the everyday world. In R. J. Sternberg & R. K. Wagner (Eds.), *Practical intelligence: Nature and origins of competence in the everyday world*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Wakschlag, L. S., & Hans, S. L. (1999). Relation of maternal responsiveness during infancy to the development of behavior

- problems in high-risk youth. *Developmental Psychology*, 35(2), 569-579.
- Wakschlag, L. S., Lahey, B. B., Loeber, R., Green, S. M., Gordon, R. A., & Leventhal, B. L. (1997).** Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Archives of General Psychiatry*, 54, 670-676.
- Walasky, M., Whitbourne, S. K., & Nehrke, M. F. (1983-1984).** Construction and validation of an ego-integrity status interview. *International Journal of Aging and Human Development*, 81, 61-72.
- Waldman, I. D. (1996).** Aggressive boys' hostile perceptual and response biases: The role of attention and impulsivity. *Child Development*, 67, 1015-1033.
- Walfish, S., Antonovsky, A., & Maoz, B. (1984).** Relationship between biological changes and symptoms and health and behavior during the climacteric. *Maturitas*, 6, 9-17.
- Walk, R. D., & Gibson, E. J. (1961).** A comparative and analytical study of visual depth perception. *Psychology Monographs*, 75(15).
- Walker, D., Greenwood, C., Hart, B., & Carta, J. (1994).** Prediction of school outcomes based on early language production and socioeconomic factors. *Child Development*, 65, 606-621.
- Walker, L. (1995).** Sexism in Kohlberg's moral psychology? In W. M. Kurtines & J. L. Gewirtz (Eds.), *Moral development: An introduction* (pp. 83-107). Boston: Allyn and Bacon.
- Walker, L. E. (1999).** Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54, 21-29.
- Walker, L. J. (1984).** Sex differences in the development of moral reasoning: A critical review. *Child Development*, 55, 677-691.
- Walker, L. J., & Hennig, K. H. (1997).** Parent/child relationships in single-parent families. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29, 63-75.
- Walker, L. J., & Taylor, J. H. (1991).** Family interactions and the development of moral reasoning. *Child Development*, 62, 264-283.
- Wallace, D. C. (1992).** Mitochondrial genetics: A paradigm for aging and de-generative diseases? *Science*, 256, 628-632.
- Wallach, M. A., & Kogan, M. (1965).** *Modes of thinking in young children: A study of the creativity-intelligence distinction*. New York: Holt.
- Wallechinsky, D., & Wallace, I. (1993, September 26).** Achievers after the age of 90. *Parade*, p. 17.
- Wallerstein, J. S. (1983).** Children of divorce: The psychological tasks of the child. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 230-243.
- Wallerstein, J. S., & Blakeslee, S. (1995).** *The good marriage: How and why love lasts*. Boston & New York: Houghton Mifflin.
- Wallerstein, J. S., & Kelly, J. B. (1980).** *Surviving the break-up: How children actually cope with divorce*. New York: Basic Books.
- Wallerhagen, M. I., Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., & Kaplan, G. A. (1997).** An increasing prevalence of hearing impairment and associated risk factors over three decades of the Alameda County Study. *American Journal of Public Health*, 87, 440-442.
- Walls, C., & Zarit, S. (1991).** Informal support from black churches and well-being of elderly blacks. *The Gerontologist*, 31, 490-495.
- Walsh, D. A., & Hershey, D. A. (1993).** Merit models and the maintenance of complex problem solving skills into old age. In J. Cerella & W. Hoyer (Eds.), *Adult Information processing: Limits on loss* (pp. 553-584). New York: Academic Press.
- Wannamethee, S. G., Shaper, A. G., Whincup, P. H., & Walker, M. (1995).** Smoking cessation and the risk of stroke in middle-aged men. *Journal of the American Medical Association*, 274, 155-160.
- Ward, L. M., & Rivadeneyra, R. (1999).** Contributions of entertainment television to adolescents' sexual attitudes and expectations: The roles of viewing amount versus viewer involvement. *Journal of Sex Research*, 36, 237-249.
- Warr, P. (1994).** Age and employment. In H. C. Triandis, M. D. Dunnette, & L. M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (Vol. 4, pp. 485-550). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Warren, J. A., & Johnson, P. J. (1995).** The impact of workplace support on work-family role strain. *Family Relations*, 44, 163-169.
- Wasik, B. H., Ramey, C. T., Bryant, D. M., & Sparling, J. J. (1990).** A longitudinal study of two early intervention strategies: Project CARE. *Child Development*, 61, 1682-1696.
- Waters, E., & Deane, K. E. (1985).** Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 41-65.
- Waters, E., Wippman, J., & Sroufe, L. A. (1979).** Attachment, positive affect, and competence in the peer group: Two studies in construct validation. *Child Development*, 50, 821-829.
- Waters, K. A., Gonzalez, A., Jean, C., Morielli, A., & Brouillette, R. T. (1996).** Face-straight-down and face-near-straight-down positions in healthy prone-sleeping infants. *Journal of Pediatrics*, 128, 616-625.
- Watson, A. C., Nixon, C. L., Wilson, A., & Capage, L. (1999).** Social interaction skills and theory of mind in young children. *Developmental Psychology*, 35(2), 386-391.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920).** Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wattis, J. R., & Seymour, J. (1994).** Alcohol abuse in elderly people: Medical and psychiatric consequences. In R. R. Watson (Ed.), *Handbook of nutrition in the aged* (2nd ed., pp. 317-329). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Wayler, A. H., Kapur, K. K., Feldman, R. S., & Chauncey, H. H. (1982).** Effects of age and dentition status on measures of food acceptability. *Journal of Gerontology*, 37(3), 294-299.
- Weathers, W. T., Crane, M. M., Sauvain, K. J., & Blackhurst, D. W. (1993).** Cocaine use in women from defined populations: Prevalence at delivery and effects on growth in infants. *Pediatrics*, 91, 350-354.
- Webb, W. B. (1987).** Disorders of aging sleep. *Interdisciplinary Topics in Gerontology*, 22, 1-12.
- Wechsler, H., Dowdall, G., Davenport, A., & Castillo, S. (1995).** Correlates of college student binge drinking. *American Journal of Public Health*, 85, 921-926.
- Wechsler, H., Rigotti, N. A., Gledhill-Hoyt, J., & Lee, H. (1998).** Increased levels of cigarette use among college students: A cause for national concern. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1673-1678.
- Weg, R. B. (1987).** Intimacy and the later years. In G. Lesnoff-Caravaglia (Ed.), *Handbook of applied gerontology*. New York: Human Sciences Press.
- Weg, R. B. (1989).** Sensuality/sexuality of the middle years. In S. Hunter & M. Sundel (Eds.), *Midlife myths*. Newbury Park, CA: Sage.
- Wegman, M. E. (1992).** Annual summary of vital statistics—1991. *Pediatrics*, 90, 835-845.
- Wegman, M. E. (1994).** Annual summary of vital statistics—1993. *Pediatrics*, 94, 792—803.
- Wegman, M. E. (1996).** Infant mortality: Some international comparisons. *Pediatrics*, 98, 1020-1027.

- Wegman, M. E. (1999). Foreign aid, international organizations, and the world's children. *Pediatrics*, 103(3), 646-654.
- Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1996). Infant affective reactions to the resumption of maternal interaction after still face. *Child Development*, 67, 905-914.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Cohn, J. E., & Olson, K. L. (1999). Gender differences in emotional expressivity and self-regulation during early infancy. *Developmental Psychology*, 35(1), 175-188.
- Weinberg, R. A. (1989). Intelligence and IQ: Landmark issues and great debates. *American Psychologist*, 44(2), 98-104.
- Weinberger, J. (1999, May 18). Enlightening conversation [Letter to the editor]. *The New York Times*, p. F3.
- Weindruch, R., & Walford, R. L. (1988). *The retardation of aging and disease by dietary restriction*. Springfield, IL: Thomas.
- Weinman, J. (1998). Do public schools shortchange girls on educational opportunities? *Insight*, 14(46), 24-26.
- Weisner, T. S. (1993). Ethnographic and ecocultural perspectives on sibling relationships. In Z. Stoneman & P. W. Berman (Eds.), *The effects of mental retardation, visibility, and illness on sibling relationships* (pp. 51-83). Baltimore, MD: Brooks.
- Weiss, B., Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1992). Some consequences of early harsh discipline: Child aggression and a maladaptive social information processing style. *Child Development*, 63, 1321-1335.
- Weiss, B. D. (1992). Trends in bicycle helmet use by children: 1985 to 1990. *Pediatrics*, 89, 78-80.
- Weissbourd, B. (1996, February-March). There will always be lullabies: Enduring connections between grandparents and young children. In *Zero to Three*, 16(4, pp. 1, 3-8). Washington, DC: National Center for Infants, Toddlers and Families.
- Weissman, M. M., Warner, V., Wickramaratne, P. J., & Kandel, D. B. (1999). Maternal smoking during pregnancy and psychopathology in offspring followed to adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 892-899.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117(3), 450-468.
- Weitzman, M., Gortmaker, S., & Sobol, A. (1992). Maternal smoking and behavior problems of children. *Pediatrics*, 90, 342-349.
- Welch-Ross, M. K. (1997). Mother-child participation in conversation about the past: Relationships to preschoolers' theory of mind. *Developmental Psychology*, 33(4), 618-629.
- Welch-Ross, M. K., & Schmidt, C. R. (1996). Gender-schema development and children's story memory: Evidence for a developmental model. *Child Development*, 67, 820-835.
- Wellman, H. M., & Banerjee, M. (1991). Mind and emotion: Children's understanding of the emotional consequences of beliefs and desires. *British Journal of Developmental Psychology*, 9, 191-214.
- Wellman, H. M., Cross, D., & Bartsch, K. (1986). Infant search and object permanence: A meta-analysis of the A-not-B error. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 51(3, Serial No. 214).
- Wellman, H. M., & Gelman, S. A. (1998). Knowledge acquisition in foundational domains. In W. Damon (Series Ed.), D. Kuhn, & R. S. Siegler (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language* (5th ed., pp. 523-573). New York: Wiley.
- Wellness Facts. (1999, March). *University of California, Berkeley, Wellness Letter*, p. 1.
- Wells, G. (1985). Preschool literacy-related activities and success in school. In D. R. Olson, N. Torrence, & A. Hilyard (Eds.), *Literacy, language, and learning* (pp. 229-255). New York: Cambridge University Press.
- Wender, P. H. (1995). *Attention-deficit hyperactivity disorder in adults*. New York: Oxford University Press.
- Werker, J. F. (1989). Becoming a native listener. *American Scientist*, 77, 54-59.
- Werker, J. F., Pegg, J. E., & McLeod, P. J. (1994). A cross-language investigation of infant preference for infant-directed communication. *Infant Behavior and Development*, 17, 323-333.
- Werler, M. M., Louik, C., Shapiro, S., & Mitchell, A. A. (1996). Prepregnant weight in relation to risk of neural tube defects. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1089-1092.
- Werner, E., Bierman, L., French, F. E., Simonian, K., Conner, A., Smith, R., & Campbell, M. (1968). Reproductive and environmental casualties: A report on the 10-year follow-up of the children of the Kauai pregnancy study. *Pediatrics*, 42, 112-127.
- Werner, E. E. (1985). Stress and protective factors in children's lives. In A. R. Nichol (Ed.), *Longitudinal studies in child psychology and psychiatry*. New York: Wiley.
- Werner, E. E. (1987, July 15). *Vulnerability and resiliency: A longitudinal study of Asian Americans from birth to age 30*. Invited address at the Ninth Biennial Meeting of the International Society for the Study of Behavioral Development, Tokyo, Japan.
- Werner, E. E. (1989). Children of the garden island. *Scientific American*, 260(4), 106-111.
- Werner, E. E. (1993). Risk and resilience in individuals with learning disabilities: Lessons learned from the Kanai longitudinal study. *Learning Disabilities Research and Practice*, 8, 28-34.
- Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 81-85.
- Wertz, D. C., Fanos, J. H., & Reilly, P. R. (1994). Genetic testing for children and adolescents: Who decides? *Journal of the American Medical Association*, 272, 875-881.
- West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin*, 120, 272-292.
- West Berlin Human Genetics Institute. (1987). *Study on effects of nuclear radiation at Chernobyl on fetal development*. Berlin: Author.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124, 333-371.
- Westermeyer, J. (1999, May). Mentally healthy men at midlife. Paper presented at the meeting of the American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Westermeyer, J. F. (1998). Predictors and characteristics of mental health among men at midlife: A 32-year longitudinal study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 265-273.
- Wethington, E., & Kessler, R. C. (1989). Employment, parental responsibility, and psychological distress: A longitudinal study of married women. *Journal of Family Issues*, 10, 527-546.
- What is a healthy cholesterol level? (1998, October 25). *HealthNews*, p. 6.
- Whitaker, R. C., Wright, J. A., Pepe, M. S., Seidel, K. D., & Dietz, W. H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 337, 869-873.
- Whitbourne, S. K. (1985). *The aging body*. New York: Springer-Verlag.

- Whitbourne, S. K. (1987).** Personality development in adulthood and old age: Relationships among identity style, health, and well-being. In K. W. Schaie (Ed.), *Annual review of gerontology and geriatrics* (pp. 189-216). New York: Springer.
- Whitbourne, S. K. (1996).** *The aging individual: Physical and psychological perspectives*. New York: Springer.
- Whitbourne, S. K., & Connolly, L. A. (1999).** The developing self in midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (pp. 25-45). San Diego: Academic Press.
- White, L. K. (1990).** Determinants of divorce: A review of research in the eighties. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 904-912.
- Whitehurst, G. J., Falco, F. L., Lonigan, C. J., Fischel, J. E., DeBaryshe, B. D., Valdez-Menchaca, M. D., & Caufield, M. (1988).** Accelerating language development through picture book reading. *Developmental Psychology*, 24, 552-559.
- Whitehurst, G. J., & Lonigan, C. J. (1998).** Child development and emergent literacy. *Child Development*, 69, 848-872.
- WHO/UNICEF Constitution on HIV Transmission and Breastfeeding. (1992).** Consensus statement from the WHO/UNICEF Constitution on HIV Transmission and Breastfeeding, Geneva. *Weekly Epidemiological Record*, 67, 177-184.
- Wickelgren, I. (1998, May 29).** Obesity: How big a problem? *Science*, 280, 1364-1367.
- Wickelgren, I. (1996, July 5).** For the cortex, neuron loss may be less than thought. *Science*, pp. 48-50.
- Widom, C. S. (1989).** The cycle of violence. *Science*, 244, 160-166.
- Wiencke, J. K., Thurston, S. W., Kelsey, K. T., Varkonyi, A., Wain, J. C., Mark, E. J., & Christiani, D. C. (1999).** Early age at smoking initiation and tobacco carcinogen damage in the lung. *Journal of the National Cancer Institute*, 91, 614-619.
- Wiggins, S., Whyte, P., Higgins, M., Adams, S., et al. (1992).** The psychological consequences of predictive testing for Huntington's disease. *New England Journal of Medicine*, 327, 1401-1405.
- Wilcox, A. J., Weinberg, C. R., & Baird, D. D. (1995).** Timing of sexual intercourse in relation to ovulation: Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. *New England Journal of Medicine*, 333, 1563-1565.
- Willett, W. C., Colditz, G., & Stampfer, M. (2000).** Postmenopausal estrogens-opposed, unopposed, or none of the above. *Journal of the American Medical Association*, 283, 534-535.
- Willett, W. C. (1994).** Diet and health: What should we eat? *Science*, 264, 532-537.
- Willett, W. C., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., Rosner, B. A., & Speizer, F. E. (1990).** Relation of meat, fat, and fiber intake to the risk of colon cancer in a prospective study among women. *New England Journal of Medicine*, 323, 1664-1672.
- Willett, W. C., Hunter, D. J., Stampfer, M. J., Colditz, G., Manson, J. E., Spiegelman, D., Rosner, B., Hermekens, C. H., & Speizer, F. E. (1992).** Dietary fat and fiber in relation to risk of breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, 268, 2037-2044.
- Williams, L., & Sobieszczyk, T. (1997).** Attitudes surrounding the continuation of female circumcision in the Sudan: Passing the tradition to the next generation. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 966-981.
- Williams, M. E. (1995).** *The American Geriatric Society's complete guide to aging and health*. New York: Harmony.
- Williams, J. E., & Best, D. L. (1982).** *Measuring sex stereotypes: A thirty-nation study*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Williams, W. M., & Sternberg, R. J. (in press).** *Success acts for managers*. Orlando, FL: Harcourt Brace.
- Williams, G. (1991, October-November).** Flaming out on the job: How to recognize when it's all too much. *Modern Maturity*, pp. 26-29.
- Williams, T. E. (1992).** Aging versus disease: Which changes seen with age are the result of "biological aging"? *Generations*, 16(4), 21-25.
- Williamson, D. F. (1999, January 20).** Pharmacotherapy for obesity. *Journal of the American Medical Association*, 281, 278-280.
- Willinger, M. (1995).** Sleep position and sudden infant death. *Journal of the American Medical Association*, 275(10), 818-819.
- Willinger, M., Hoffman, H. T., & Hartford, R. B. (1994).** Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome: Report of meeting held January 13 and 14, 1994. *Pediatrics*, 93, 814-819.
- Willis, S. L., Blieszner, R., & Baltes, P. B. (1981).** Intellectual training research in aging: Modification of performance on the fluid ability of figurative relations. *Journal of Educational Psychology*, 73, 41-50.
- Willis, S. L., & Reid, J. D. (1999).** *Life in the middle*. San Diego: Academic Press.
- Willis, S. L., Schaie, K. W., Yanling, Z., Kennett, J., Intrieri, B., & Persaud, A. (1998).** *Longitudinal studies of practical intelligence*. University Park: Pennsylvania State University.
- Willis, S. L., & Schaie, K. W. (1999).** Intellectual functioning in midlife. In S. L. Willis & J. D. Reid (Eds.), *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (pp. 233-247). San Diego: Academic Press.
- Willis, S. L., & Schaie, K. W. (1986b).** Training the elderly on the ability factors of spatial orientation and inductive reasoning. *Psychology and Aging*, 2, 239-247.
- Willis, S. L., & Nesselroade, C. S. (1990).** Long-term effects of fluid ability training in old-old age. *Developmental Psychology*, 26, 905-910.
- Willis, S. L., & Schaie, K. W. (1986a).** Practical intelligence in later adulthood. In R. J. Sternberg & R. K. Wagner (Eds.), *Practical intelligence: Nature and origins of competence in the everyday world* (pp. 236-268). New York: Cambridge University Press.
- Willis, S. L. (1990).** Current issues in cognitive training research. In E. A. Lovelace (Ed.), *Aging and cognition: Mental processes, self-awareness, and intervention* (pp. 263-280). Amsterdam: North-Holland, Elsevier.
- Willis, S. L., Jay, G. M., Diehl, M., & Marsiske, M. (1992).** Longitudinal change and prediction of everyday task competence in the elderly. *Research on Aging*, 14, 68-91.
- Wilson, G., McCreary, R., Kean, J., & Baxter, J. (1979).** The development of preschool children of heroin-addicted mothers: A controlled study. *Pediatrics*, 63, 135-141.
- Wilson, G. L. (1991).** Comment: Suicidal behavior—Clinical considerations and risk factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 869-873.
- Wingfield, A., & Stine, E. A. L. (1989).** Modeling memory processes: Research and theory on memory and aging. In G. C. Gilmore, P. J. Whitehouse, & M. L. Wykle (Eds.), *Memory, aging, and dementia: Theory, assessment, and treatment* (pp. 4-40). New York: Springer.
- Wingo, P. A., Ries, L. A. G., Giovino, G. A., Miller, D. S., Rosenberg, H. M., Shopland, D. R., Thun, M. J., & Edwards, B. K. (1999).** Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1996. *Journal of the National Cancer Institute*, 91, 675-690.
- Winick, M. (1981, January).** Food and the fetus. *Natural History*, pp. 16-81.
- Wink, P. (1991).** Self- and object-directedness in adult women. *Journal of Personality*, 59, 769-791.

- Wink, P. (1992).** Three types of narcissism in women from college to midlife. *Journal of Personality*, 60, 7-30.
- Winkleby, M. A., Robinson, T. N., Sundquist, J., & Kraemer, H. C. (1999).** Ethnic variation in cardiovascular disease risk factors among children and young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1006-1013.
- Winner, E. (1997).** Exceptionally high intelligence and schooling. *American Psychologist*, 52(10), 1070-1081.
- Wiseman, E. J., & Souder, E. (1996).** The older driver: A handy tool to assess competence behind the wheel. *Geriatrics*, 57(7), 36-43.
- Witteman, P. A. (1993, February 15).** A man of fire and grace: Arthur Ashe, 1943-1993. *Time*, p. 70.
- Wittrock, M. C. (1980).** Learning and the brain. In M. C. Wittrock (Ed.), *The brain and psychology*. New York: Academic Press.
- Wolf, S. L., Barnhart, H. X., Kutner, N. G., McNeely, E., Coogler, C. Xa, T., & the Atlanta FICSIT Group. (1996).** Reducing frailty and falls in older persons: An investigation of Tai Chi and computerized balance training. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 489-497.
- Wolf, M. (1968).** *The house of Lim*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Wolfe, D. A. (1985).** Child-abusive parents: An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97(3), 462-482.
- Wolfe, D. A., Edwards, B., Manion, L., & Koverola, C. (1988).** Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect: A preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 40-47.
- Wolfe, R., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1996).** Mood disorders in older adults. In L. L. Carstensen, B. A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 274-303). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wolff, P. H. (1963).** Observations on the early development of smiling. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 2). London: Methuen.
- Wolff, P. H. (1969).** The natural history of crying and other vocalizations in early infancy. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (Vol. 4). London: Methuen.
- Wolff, P. H. (1966).** The causes, controls, and organizations of behavior in the newborn. *Psychological Issues*, 5 (1, Whole No. 17), 1-105.
- Wolfinger, N. H. (1999, August 10).** Coupling and uncoupling: Changing marriage patterns and the intergenerational transmission of divorce. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Chicago, IL.
- Wolfson, A. R., & Carskadon, M. A. (1998).** Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Development*, 69, 875-887.
- Wolfson, L., Whipple, R., Derby, C., Judge, J., King, M., Amerman, R., Schmidt, J., & Smyers, D. (1996).** Balance and strength training in older adults: Intervention gains and Tai Chi maintenance. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44, 498-506.
- Wolk, A., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Colditz, G. A., Hu, F. B., Speizer, F. E., Hennekens, C. H., & Willett, W. C. (1999).** Long-term intake of dietary fiber and decreased risk of coronary heart disease among women. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1998-2004.
- Wood, D., Bruner, J., & Ross, G. (1976).** The role of tutoring in problem solving. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 17, 89-100.
- Wood, D. (1980).** Teaching the young child: Some relationships between social interaction, language, and thought. In D. Olson (Ed.), *The social foundations of language and thought*. New York: Norton.
- Woodruff, D. S. (1985).** Arousal, sleep and aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 261-295). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Woodward, A. L., Markman, E. M., & Fitzsimmons, C. M. (1994).** Rapid word learning in 13- and 18-month olds. *Developmental Psychology*, 30, 553-566.
- Woolley, J. D. (1997).** Thinking about fantasy: Are children fundamentally different thinkers and believers from adults? *Child Development*, 68(6), 991-1011.
- Woolley, J. D., & Brueil, M. J. (1996).** Young children's awareness of the origins of their mental representations. *Developmental Psychology*, 32, 335-346.
- Wooten, J. (1995, January 29).** The conciliator. *The New York Times Magazine*, pp. 28-33.
- World Cancer Research Fund and the American Institute for Cancer Research. (1997).** *Food, nutrition and the prevention of cancer: A global perspective*. Washington, DC: Author.
- World Features Syndicate. (1996, January 6).** Marriage customs around the world. *Cleveland Plain Dealer*.
- World Health Organization (WHO). (1996, May).** *WHO Fact Sheet*, 119, pp. 1-3.
- World Health Organization (WHO). (1991).** *World health statistics annual*, 1990. Geneva: Author.
- World Health Organization (WHO). (1998).** *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: Author.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989).** The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357.
- Wright, J. T., Waterson, E. J., Barrison, I. G., Toplis, P. J., Lewis, I. G., Gordon, M. G., MacRae, K. D., Morris, N. E., & Murray Lyon, I. M. (1983, March 26).** Alcohol consumption, pregnancy, and low birth weight. *The Lancet*, pp. 663-665.
- Wright, A. L., Holberg, C. J., Taussig, L. M., & Martinez, F. D. (1995).** Relationship of infant feeding to recurrent wheezing at age 6 years. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 149, 758-763.
- Wright, A. L. (1983).** A cross-cultural comparison of menopausal symptoms. *Medical Anthropology*, 7, 20-35.
- The Writing Group of PEPI Trial. (1995).** Effects of estrogen or estrogen/progestin regimens on heart disease risk factors in postmenopausal women. *Journal of the American Medical Association*, 273, 199-208.
- Wu, Z. (1999).** Premarital cohabitation and the timing of first marriage. *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 36, 109-127.
- WuDunn, S. (1996, March 23).** Japan's single mothers face discrimination. *Cleveland Plain Dealer*, p. 5E.
- WuDunn, S. (1997, January 14).** Korean women still feel demands to bear a son. *The New York Times* (International Ed.), p. A3.
- WuDunn, S. (1997, September 2).** The face of the future in Japan. *The New York Times*, pp. D1.D14..
- Wykle, M. L., & Musil, C. M. (1993).** Mental health of older persons: Social and cultural factors. *Generations*, 17(1), 7-12.
- Wynn, K. (1990).** Children's understanding of counting. *Cognition*, 36, 155-193.
- Wynn, K. (1992).** Evidence against empiricist accounts of the origins of numerical knowledge. *Mind and Language*, 7, 315-332.
- Yaffe, K., Sawaya, G., Lieberburg, I., & Grady, D. (1998).** Estrogen therapy in postmenopausal women: Effects on cognitive functioning and dementia. *Journal of the American Medical Association*, 279, 688-695.
- Yarnazaki, J. N., & Schull, W. J. (1990).** Perinatal loss and neurological abnormalities among children of the atomic

- bomb. *Journal of the American Medical Association*, 264, 605-609.
- Yang, B., Ollendick, T. H., Dong, Q., Xia, Y., & Lin, L. (1995).** Only children and children with siblings in the People's Republic of China: Levels of fear, anxiety, and depression. *Child Development*, 66, 1301-1311.
- Yarrow, M. R. (1978, October).** *Altruism in children*. Paper presented at program, Advances in Child Development Research, New York Academy of Sciences, New York, NY.
- Yau, J., & Smetana, J. G. (1996).** Adolescent-parent conflict among Chinese adolescents in Hong Kong. *Child Development*, 67, 1262-1275.
- Yazigi, R. A., Odem, R. R., & Polakoski, K. L. (1991).** Demonstration of specific binding of cocaine to human spermatozoa. *Journal of the American Medical Association*, 266, 1956-1959.
- Yildirim, A. (1997).** Gender role influences on Turkish adolescents' self-identity. *Adolescence*, 32, 217-231.
- Yllo, K. (1984).** The status of women, marital equality, and violence against women: A contextual analysis. *Journal of Family Issues*, 5, 307-320.
- Yllo, K. A. (1993).** Through a feminist lens: Gender, power, and violence. In R. J. Gelles & D. R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 47-62). Newbury Park, CA: Sage.
- Yogman, M. J. (1984).** Competence and performance of fathers and infants. In A. MacFarlane (Ed.), *Progress in child health*. London: Churchill Livingstone.
- Yoshikawa, H. (1994).** Prevention as cumulative protection: Effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin*, 775(1), 28-54.
- Young, T. P. (1998, September 18).** Understanding and detecting testicular cancer. *AMA Health Insight, American Medical Association* [On-line]. Available: http://www.ama-assn.org/insight/h_focus/men-hlth/tstular/tesculr2.html
- Youngblade, L. M., & Belsky, J. (1992).** Parent-child antecedents of 5-year-olds' close friendships: A longitudinal analysis. *Developmental Psychology*, 28, 700-713.
- Youngstrom, N. (1992, January).** Inner-city youth tell of life in "war zone." *APA Monitor*, pp. 36-37.
- Zabin, L. S., & Clark, S. D. (1983).** Institutional factors affecting teenagers' choice and reasons for delay in attending a family planning clinic. *Family Planning Perspectives*, 15, 25-29.
- Zahn-Waxler, C., Friedman, R. J., Cole, P. M., Mizuta, I., & Hiruma, N. (1996).** Japanese and U.S. preschool children's responses to conflict and distress. *Child Development*, 67, 2462-2477.
- Zalm-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., Wagner, E., & Chapman, M. (1992).** Development of concern for others. *Developmental Psychology*, 28, 126-136.
- Zametkin, A. J. (1995).** Attention-deficit disorder: Born to be hyperactive. *Journal of the American Medical Association*, 273(23), 1871-1874.
- Zametkin, A. J., & Ernst, M. (1999).** Problems in the management of Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder. *New England Journal of Medicine*, 340, 40-46.
- Zanjani, E. D., & Anderson, F. (1999).** Prospects for in utero human gene therapy. *Science*, 285, 2084-2088.
- Zarbatany, L., Hartmann, D. P., & Rankin, D. B. (1990).** The psychological functions of preadolescent peer activities. *Child Development*, 61, 1067-1080.
- Zelazo, N. A., Zelazo, P. R., Cohen, K. M., & Zelazo, P. D. (1993).** Specificity of practice effects on elementary neuromotor patterns. *Developmental Psychology*, 29, 686-691.
- Zelazo, P. D., Reznick, J. S., & Spinazzola, J. (1998).** Representational flexibility and response control in a multistep, multilocation search task. *Developmental Psychology*, 34, 203-214.
- Zelazo, P. R., Kearsley, R. B., & Stack, D. M. (1995).** Mental representations for visual sequences: Increased speed of central processing from 22 to 32 months. *Intelligence*, 20, 41-63.
- Zelazo, P. R., Zelazo, N. A., & Kolb, S. (1972).** "Walking" in the newborn. *Science*, 776, 314-315.
- Zelinski, E. M., & Stewart, S. T. (1998).** Individual differences in 16-year memory changes. *Psychology and Aging*, 13, 622-630.
- Zeman, J., & Garber, J. (1996).** Display rules for anger, sadness, and pain: It depends on who is watching. *Child Development*, 67, 957-973.
- Zhang, Y., Proenca, R., Maffei, M., Barone, M., Leopold, L., & Friedman, J. M. (1994).** Positional cloning of the mouse obese gene in its human homologue. *Nature*, 372, 425-431.
- Zhensun, Z., & Low, A. (1991).** *A young painter: The life and paintings of Wang Yan—China's extraordinary young artist*. New York: Scholastic.
- Zhu, B-P, Rolfs, R. T., Nangle, B. E., & Horan, J. M. (1999).** Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes. *New England Journal of Medicine*, 340, 589-594.
- Zickler, P. (1999).** Drug use among America's teenagers shows slight downward trend. *NIDA Notes (National Institute on Drug Abuse)*, 14(1), 8, 14.
- Zigler, E., Taussig, C., & Black, K. (1992).** Early-childhood intervention: A promising preventative for juvenile delinquency. *American Psychologist*, 47, 997-1006.
- Zigler, E.F. (1987).** Formal schooling for four-year-olds? *North American Psychologist*, 42(3), 254-260.
- Zigler, E., & Styfco, S. J. (1993).** Using research and theory to justify and inform Head Start expansion. *Social Policy Report of the Society for Research in Child Development*, 7(2).
- Zigler, E., & Styfco, S. J. (1994).** Head Start: Criticisms in a constructive context. *American Psychologist*, 49(2), 127-132.
- Zimiles, H., & Lee, V. E. (1991).** Adolescent family structure and educational progress. *Developmental Psychology*, 27, 314-320.
- Zimmerman, B. J., Bandura, A., & Martinez-Pons, M. (1992).** Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American Educational Research Journal*, 29, 663-676.
- Zimmerman, M. A., Salem, D. A., & Maton, K. I. (1995).** Family structure and psychosocial correlates among urban African-American adolescent males. *Child Development*, 66, 1598-1613.
- Zimrin, H. (1986).** A profile of survival. *Child Abuse and Neglect*, 10, 339-349.
- Zuckerman, B., Frank, D., Hingson, R., Amaro, H., Levenson, S. M., Kayne, H., Parker, S., Vinci, R., Aboagye, K., Fried, L., Cabral, H., Timperi, R., & Bauchner, H. (1989).** Effects of maternal marijuana and cocaine use on fetal growth. *New England Journal of Medicine*, 320(12), 762-768.
- Zuckerman, B. S., & Beardslee, W. R. (1987).** Maternal depression: A concern for pediatricians. *Pediatrics*, 79, 110-117.
- Zuckerman, M. (1994).** Impulsive unsocialized sensation seeking: The biological foundation of a basic dimension of personality. In J. E. Bates & T. D. Wachs (Eds.), *Temperament: Individual differences at the interface of biology and behavior* (pp. 219-255). Washington, DC: American Psychological Association.



Créditos do Texto

Capítulo 2

De MOTIVATION AND PERSONALITY by Maslow, O 1971. Reprinted by Permission of Prentice-Hall, Inc., Upper Saddle River, NJ.

Capítulo 3

Figura 3-8: From *A Child's World*, 8th edition by Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds, Ruth Duskin Feldman. Copyright ©1998. Reproduced with permission of The McCraw-Hill Companies.

Tabela 3-2: From *Choices, Not Chances* by Aubrey Milunsky, MD. Copyright © 1977, 1989 by Aubrey Milunsky, M.D. By permission of Little, Brown and Company (Inc.).

Figura 3-10: From Brody, J., "Preventing birth defects even before pregnancy," *The New York Times*, June 28, 1995, p. C10. Copyright © 1995 by The New York Times Co. Reprinted by permission.

Capítulo 4

Figura 4-1: From Lagercrantz, H. and T. A. Slotkin, "The 'stress' of being born," *Scientific American*, 254(4), 1986, pp. 100-107. Reprinted by permission of Patricia J. Wynne.

Tabela 4-2: Adapted from V. Apgar, "A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant," pp. 260 - 267, *Current Research in Anesthesia and Analgesia*, 32, 1953. Reprinted by permission of Williams & Wilkins.

Figura 4-5: From *The Brain* by Richard Restak, M.D., copyright © 1984 by Educational Broadcasting Corporation and Richard M. Restak, M.D. Used by permission of Bantam Books, a division of Random House, Inc. and Sterling Lord Literistic Inc. Copyright 1988 by Richard M. Restak.

Figura 4-6: Lach, J. (1997) From Lach, J., "Cultivating the mind" from *Newsweek*, Special Issue, Spring/Summer, 1997, pp. 38 - 39. © 1997, Newsweek, Inc. All rights reserved. Reprinted by permission.

Figura 4-7: Reprinted by permission of the publisher from *The Postnatal Development Of The Human Cerebral Cortex*, Vol. I-VIII by Jesse LeRoy Conel, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, Copyright ©

1939 - 1975 by the President and Fellows of Harvard College.

Figura 4-8: From "Fertile Lands" by J.M. Nash, *Time*, February 3, 1997. Copyright © 1997 Time Inc. Reprinted by permission.

Tabela 4-5: From W.K. Frankenburg, et al, *Denver II Training Manual*, 1992, Denver Developmental Materials Inc., Denver, CO. Reprinted by permission of Dr. Wm. K. Frankenburg.

Capítulo 5

Figura 5-2: From Rovee-Collier-Collier, C. & Boller, K. (1995). Current theory and research on infant learning and memory: Application to early intervention. *Infants and Young Children*, 7(3), 1-12. Copyright © 1995 Aspen Publishers, Inc. Reprinted by permission of Aspen Publishers, Inc.

Tabela 5-1: From Bayley, N., *Bayley Scales of Infant Development: Second Edition*. Copyright © 1993 by The Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company. Reproduced by permission. All rights reserved.

Figura 5-4: From R. Baillargeon and J. De Vos, "Object permanence in young infants: Further evidence," pp. 1227 - 1246 in *Child Development*, Vol. 62, 1991. Reprinted by permission of the Society for Research in Child Development.

Figura 5-5: Figure from K. Wynn, "Evidence against empiricist accounts of the origins of numerical knowledge", *Mind and Language*, 7, pp. 315-322, 1992. Reprinted by permission of Blackwell Publishers.

Figura 5-6: From R. Baillargeon, "How do infants learn about the physical world?", pp. 133 - 139, *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 3, No. 5, 1994. Reprinted by permission of Blackwell Publishers.

Capítulo 6

Poema 6-2: From Hartford, J., "Life Prayer." Copyright © 1968 by Ensign Music Corporation.

Tabela 6-1: From Sroufe, L.A., adapted from "Socioemotional development" in J. Osofsky, *Handbook of Infant Development*. Copyright © 1979. Reprinted by permission of John Wiley & Sons, Inc.

Figura 6-1: Adaptation from Lewis, M. (1997), *The self in self-conscious emotions*.

In S.G. Snodgrass & R.L. Thompson (eds.) *The self across psychology*:

Self-recognition, self-awareness, and the self-concept. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 818. Reprinted by permission of the New York Academy of Sciences and Professor Michael Lewis.

Tabela 6-2: From Thomas, A., and S. Chess. "Genesis and evolution of behavioral disorders: From infancy to early adult life", *American Journal of Psychiatry*, 141 (1), pp. 1-9. Copyright 1984 American Psychiatric Association. Adapted by permission.

Tabela 6-4: Robin Peth-Pierce. "The NICHD Study of Early Child Care", 1998, www.nichd.nih.gov.

Tabela 6-4: "Summary Table of Findings, Child Care and Children's Development" from "The NICHD Study of Early Child Care," prepared by Robin Peth-Pierce, 1998, p. 15. http://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/early_child_care.htm.

Capítulo 7

Tabela 7-1: Adapted with permission from Charles B. Corbin, *A Textbook of Motor Development*. Copyright © 1973 Wm. C. Brown Publishers, Dubuque, Iowa.

Figura 7-1: From *Analyzing Children's Art* by Rhoda Kellogg. Copyright © 1969, 1970 by Rhoda Kellogg. Reprinted by permission of Mayfield Publishing Company.

Figura 7-2: Used with permission of the American Academy of Pediatrics, from Wegman, M.E. (1999). Foreign aid, international organizations, and the world's children. *Pediatrics*, 103, 646 - 654, 1999.

Figura 7-3: Source: Luxembourg Income Study; reprinted in *Children's Defense Fund*, 1996, p. 6.

Capítulo 8

Tabela 8-2: Table adapted from M.B. Parten, "Social play among preschool children" in *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 11, 1932, pp. 243-269.

Tabela 8-3: From R.J. Morris and T.R. Kratochwill, "Childhood Fears," *Treating Children's Fears and Phobias: A Behavioral Approach*. Copyright © 1983 by Allyn & Bacon. Reprinted by permission.

Tabela 8-4: From K.A. Kendall-Tackett, L. M. Williams and D. Finkelhor, "Impact of sexual abuse on children: A review and

synthesis of recent empirical studies," in *Psychological Bulletin*, 113, 1993, pp. 164 - 180. Copyright © 1993 by the American Psychological Association. Reprinted with permission of American Psychological Association and the author.

Capítulo 9

Tabela 9-1: From Bryant J. Cratty, *Perceptual and Motor Development in Infants and Children*, 3e. Copyright © 1986 by Allyn & Bacon. Adapted by permission.

Tabela 9-3 From Hoffman, M.L., "Moral development" in *Carmichael's Manual of Child Psychology*, Vol 2, edited by P. H. Mussen, pp. 261 - 360. Copyright © 1970. Reprinted by permission of John Wiley & Sons, Inc.

Capítulo 10

Figura 10-2: Source: Casper, L.M., & Bryson, K.R. (1998). Co-resident grandparents and their grandchildren: Grandparent-maintained families (Population Division Working Paper No. 26). Washington, DC: U.S. Bureau of the Census.)

Tabela 10-2: From J. Garbarino, N. Dobrow, K. Kostelny, and C. Pardo in *Children in Danger: Coping with the Consequences of Community Violence*. Copyright © 1992. Reprinted by permission of Jossey-Bass, Inc., a Subsidiary Rights Department.

Tabela 10-3: Table from Masten & Coatsworth, "Characteristics of Resilient Children and Adolescents", *American Psychologist* 53, 205 - 220, 1998, p. 212. Copyright © 1998 by the American Psychological Association. Reprinted with permission.

Capítulo 11

Figura 11-1: From *Promoting the Health of Adolescents: New Directions For The Twenty-First Century*, edited by Susan C. Millstein, et al, copyright © 1994 by Oxford University Press, Inc. Used by permission of Oxford University Press Inc.

Figura 11-2: Source: Mathias, R. (1999). Tracking trends in teen drug abuse over the years. *NIDA Notes* (National Institute on Drug Abuse) 14(1), p. 58.)

Figura 11-3: Figures from Cognitive Development by Melinda Y. Small and Jerome Kagan, copyright © 1990 by Harcourt, Inc., reproduced by permission of the publisher.

Tabela 11-2a: From Kohlberg, L. "Stage and sequence: The cognitive-development approach to socialization," in *Handbook of Socialization Theory and Research* by David A. Goslin, Rand McNally, 1969. Reprinted by permission of David A. Goslin.

Tabela 11-2b: From Lickona, Thomas, *Moral Development and Behavior*. Holt, Rinehart and Winston, 1976. Reprinted by permission of Dr. Thomas Lickona.

Tabela 11-3: From Zimmerman and Bandura, "Self-motivation for academic attainment", *American Educational Research Journal*, 29, 663-676. Copyright © 1992 by the American Educational Research Association. Adapted by permission of the publisher.

Tabela 11-4: From F. F. Furstenberg and M. E. Hughes, "Social capital in successful development," pp. 580-592 in *Journal of Marriage and the Family*, 57, 1995. Copyrighted 1995 by the National Council on Family Relations, 3989 Central Ave., NE, Suite 550, Minneapolis, MN 55421. Reprinted by permission.

Capítulo 12

Poema 12-2: Merriam, Eve. "Conversation with Myself" from *A Sky Full of Poems* by Eve Merriam. Copyright © 1964, 1970, 1973 Eve Merriam. Used by permission of Marian Reiner.

Tabela 12-3 From J. Kroger, "Ego identity: An overview," *Discussions on Ego and Identity*, edited by J. Kroger, 1993. Reprinted by permission of Lawrence Erlbaum Associates Inc. and Dr. Jane Kroger.

Tabela 12-1: From J.E. Marcia, "Development and validation of ego identity status," pp. 551 - 558, *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 1966. Copyright 1966 by the American Psychological Association. Adapted by permission.

Tabela 12-2: From Marcia, J.E. from "Identity in adolescence" in *Handbook of Adolescent Psychology*, 1980. Reprinted by permission of John Wiley & Sons, Inc.

Figura 12-1: From *A Child's World*, 8th edition by Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds, Ruth Duskin Feldman. Copyright © 1998. Reproduced with permission of The McGraw-Hill Companies.

Capítulo 13

Figura 13-1: From R. Stamler, J. Stamler, and D. Carside. Reprinted with permission from *The 2-year Story of the Chicago Heart Association Detection Project in Industry*, American Heart Association, Midwest Affiliate.

Figura 13-2: Source: Hoyert, D.L., Kochanek, K.D., & Murphy, S.L. (1999). Deaths: Final data for 1997. *National Vital Statistics Reports*, 47 (19). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, p. 7, Fig. 3.

Figura 13-3: From "Toward A Stage Theory of Adult Cognitive Development," *International Journal of Aging and Human Development*, Vol. 8(2), pp. 129-138.

Reprinted by permission of Baywood Publishing Company, Inc.

Tabela 13-1: Reprinted by permission of the publishers from *In A Different Voice: Psychological Theory And Women's Development* by Carol Gilligan, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, Copyright © 1980 by the President and Fellows of Harvard College.

Capítulo 14

Figura 14-1: Figure from P.T. Costa, Jr. and R.R. McCrae, "Still stable after all these years: Personality as a key to some issues in adulthood and old age," *Life-Span Development and Behavior*, Vol. 3, edited by P.B. Baltes, Jr. and O.C. Brim, pp. 65 - 102, copyright © 1980 by Academic Press, reproduced by permission of publisher. All rights reserved.

Figura 14-3: R. Helson, "Women's Difficult Times and the Rewriting of the Life Story," *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 16, No. 3 (September 1992), p. 342. Copyright © 1992 by Division 35, American Psychological Association. Reprinted with the permission of Cambridge University Press.

Tabela 14-1: From R.J. Sternberg, "A Triangular Theory of Love," in *Psychological Review*, 93, 1986, pp. 119-135. Copyright © 1986 by the American Psychological Association. Reprinted with permission.

Figura 14-4: Source: Ventura, S.J., Martin, J.A., Curtin, S.C. & Mathews, T.J. (1999). Births: Final data for 1997. *National Vital Statistics Reports*, 47 (18). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, p. 5, Fig. 2.

Figura 14-5: From A. Burns, "Motherheaded families: An international perspective and the case of Australia", *Social Policy Report of the Society for Research in Child Development*, V1(1), Spring 1992. Reprinted by permission of the author.

Capítulo 15

Figura 15-1: From "New study finds middle age is prime of life" by E. Goode in *The New York Times*, Feb. 16, 1999. Reprinted by permission of the New York Times.

Tabela 15-2: From "Hormone Therapy: When and for how long?", p. 1 - 2 from *HealthNews*, March 25, 1997, 3 (4). Copyright © 1997 Massachusetts Medical Society. All rights reserved. Reprinted by permission of the publisher.

Tabela 15-3: Table from Merrill and Verbrugge, "Health & Disease in Midlife," in S.L. Willis & J.D. Reid (Eds) *Life in the Middle: Psychological & Social Development in Middle Age*. p. 87,

copyright © 1999 by Academic Press, reproduced by permission of the publisher.

Tabela 15-4: Reprinted from *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 11, 1967, Holmes et al, "The Social Readjustment Rating Scale", with permission from Elsevier Science.

Figura 15-2: From K.W. Schaie, "The course of adult intellectual development," in *American Psychologist*, 49 (4), 1994, pp. 303 - 313. Copyright © 1994 by the American Psychological Association. Reprinted with permission.

Figura 15-3: From K.W. Schaie, "The course of adult intellectual development," in *American Psychologist*, 49 (4), 1994, pp. 303 - 313. Copyright © 1994 by the American Psychological Association. Reprinted with permission.

Figura 15-4: Republished with permission of The Gerontologist, from M.W. Riley, "Aging and society: Past, present, and future," pp. 436 - 445, *The Gerontologist*, 34, 1994; permission conveyed through Copyright Clearance Center Inc.

Capítulo 16

Tabela 16-1: From LeVine & Levine, "Fertility and Maturity in America," RA Schweder (Ed) *Welcome to Middle Age!* 1998. Reprinted by permission of The University of Chicago Press.

Tabela 16-1: From McAdams and de St. Aubin, "Loyola Generativity Scale," *Journal of Personality & Social Psychology* 62, 1003 - 1015, 1992. Copyright © 1992 by the American Psychological Association. Reprinted with permission.

Tabela 16-2: Table from Klohn, Vandewater & Young, "Negotiating the middle years; Ego resiliency and successful midlife adjustment in women", *Psychology and Aging*, 11, pp. 431 - 442, 1996. Copyright © 1996 by the American Psychological Association. Reprinted with permission of American Psychological Association and Jack Block.

Tabela 16-3: Table from Keyes & Ryff, "Psychological Well Being in Mid-life," in S.L. Willis & J.D. Reid (Eds) *Life in the Middle; Psychological & Social Development in Middle Age*. p. 87, copyright © 1999 by Academic Press, reproduced by permission of the publisher and the author.

Tabela 16-4: From R. Helson and P. Wink, "Personality change in women from the early 40s to the early 50s," *Psychology and Aging*, 7(1), 1992, pp. 46 - 55. Copyright © 1992 by the American Psychological Association. Reprinted with permission.

Tabela 16-5: Table from Hamon, R.R., and R. Bliesner, "Filial responsibility expectations among adult child—older parent pairs," *Journal of Gerontology*, Vol.

45, pp. 110 - 112, 1990. Copyright © The Gerontological Society of America. Reprinted by permission.

Quadro 16-2: Home, Jo, "A Caregiver's Bill of Rights," *Caregiving: Helping an Aging Loved One*, 1995, p. 299. © 1995, AARP. Reprinted with the permission of the American Association of Retired Persons.

Figura 16-1: From *The New American Grandparent* by A. Cherlin and F. F. Furstenberg, Jr., Basic Books, 1986, p. 74. Reprinted by permission of the authors.

Capítulo 17

Figura 17-1: Source: Kramarow, E., Lentzner, H., Rooks, R., Weeks, J., & Saydah, S. (1999). *Health and Aging Chartbook from Health, United States, 1999*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, Figure 1, p. 23.

Figura 17-3: Source: U.S. Bureau of the Census. (1999c). *Aging in the Americas into the XXI Century*. Available online: <http://www.census.gov/80/ipc/www/agingam.html>.

Figura 17-4: From "Giving cells longer life" by J. Letola, *Time*, January 26, 1998. Copyright © 1998 Time Inc. Reprinted by permission.

Figura 17-5: From *Fifty: Midlife In Perspective* by H. Katchadourian © 1987 by W.H. Freeman and Company. Used with permission.

Tabela 17-3: Source: Adapted from NIA, 1993.

Tabela 17-4: Adapted from *Is It Alzheimer's? Warning Signs You Should Know*, 1993. Adapted with permission from the Alzheimer's Association.

Figura 17-6: From Botwinick, J. from *Aging and Behavior*, 3rd ed., 1984. Used by permission of Springer Publishing Company, Inc, New York 10012.

Figura 17-7: Reprinted by permission of the publishers from *Constancy And Change In Human Development* edited by O.C. Brim and J. Kagan, Cambridge, Mass.: Harvard University Press, Copyright © 1980 by the President and Fellows of Harvard College.

Capítulo 18

Tabela 18-1: From Koenig, H.G., L.K. George, and I.C. Siegler, "The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults," *Gerontologist*, Vol. 28, pp. 303 - 310, 1988. Copyright © The Gerontological Society of America.

Figura 18-3: Source: Kramarow, E. Lentzner, H., Rooks, R., Weeks, J., & Saydah, S. (1999). *Health and Aging Chartbook from Health, United States, 1999*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, Figure 2, p. 25.

Tabela 18-3: United Nations Principles for Older Persons. Reprinted by permission of United Nations.

Créditos das Fotos

Abertura das Partes

1: © Nilo Lima/Photo Researchers; 2: (0 J.M. Trois/Explorer/Photo Researchers; 3: © David Young-Wolff/PhotoEdit; 4: © Lauren Lantos/Index Stock Imagery; 5: © Bob Daemmerich/The Image Works; 6: © L. Koolvoord/The Image Works; 7: John Eastcott & Yva Momatiuk/The Image Works; 8: © Wayne Hoy/Index Stock Imagery.

Capítulo 1

Abertura: © Richard Hutchings/PhotoEdit; p. 45: Contemporary portrait of Victor of Aveyron from DE L'EDUCATION D'UN HOMME. Reproduced by kind permission of The British Library; p. 48: John Vachon/Library of Congress; p. 55: © Blair Seitz/Photo Researchers; p. 59: © Erika Stone.

Capítulo 2

Abertura: © Kenneth Gabrielsen/Liaison Agency; p. 63: Bettmann/Corbis; p. 66: © Adam Butler/Topham/The Image Works; p. 70: Mary Evans/Sigmund Freud Copyrights; p. 71: UPI/Corbis; p. 73: © Linda Cicero/Stamford University News Service; p. 76: © Yves DeBraine/Black Star; p. 79: © Richard Hutchings/Photo Researchers; p. 82: RiaNovosti/Sovfoto; p. 86: © Laura Dwight/PhotoEdit; p. 90: © James Wilson/Woodfin Camp & Associates.

Capítulo 3

Abertura: © P. Wysocki/Explorer/Photo Researchers; p. 103: © Petit Format/Science Source/Photo Researchers; p. 113: © Ellen Senisi/The Image Works; p. 116: © T.K. Wansta/The Image Works; p. 121: © Jalandoni/Monkmeyer; p. 125: (1 mês) Petit Format/Nestle/Science Source/Photo Researchers; (2 meses) Petit Format/Nestle/Science Source/Photo Researchers; (3 meses) Lennart Nilsson, from A CHILD IS BORN. English translation © 1966, 1977 by Dell Publishing Co. Inc. (4 meses) © J.S. Allen/Daily Telegraph/International Stock; (5 meses) © James Stevenson/Photo Researchers; p. 126: (6 meses) © Lennart Nilsson, from BEING BORN; (7 meses) Petit Format/Nestle/Science Source/Photo Researchers; (8 meses) Petit Format/Nestle/Science Source/Photo

Researchers; (9 meses) Ronn Maratea/International Stock Photo; p. **132**: © George Steinmetz; p. **135**: Fred R. Conrad/NYT Pictures; p. **137**: O Billy E. Barnes/PhotoEdit.

Capítulo 4

Abertura: © Ariel Skelley/The Stock Market; p. **143**: Bettmann/Corbis; p. **148**: © Mark Richards/PhotoEdit; p. **149**: © J.T. Miller; p. **151**: © Joseph Nettis/Stock, Boston; p. **155**: © Hank Morgan/Science Source/Photo Researchers; p. **158**: © Mike Teruya/Free Spirit Photography; p. **165**: © Myrleen Ferguson Cate/PhotoEdit; p. **172 (em cima)**: © Mimi Forsyth/Monkmeyer; © Lew Merrim/Monkmeyer; © Laura Dwight/Black Star; **(embaixo)**: (0 Mimi Forsyth/Monkmeyer; (0 Elizabeth Crews; 9) Elizabeth Crews; p. **177 (esquerda)**: © Erika Stone; **(direita)**: © Elizabeth Crews; **(embaixo)**: © Margaret Miller/Photo Researchers; p. **180**: © Innervations; p. **181**: © Steve Maines/Stock, Boston.

Capítulo 5

Abertura: PhotoDisc/Volume 41, Education 2; p. **187**: Neg. No. 326799 Courtesy Department Library Services /American Museum of Natural History; p. **190**: © Mary Ellen Mark; p. **192**: © Michael Newman/PhotoEdit; p. **205**: © James Kilkelly; p. **207**: © Doug Goodman/Monkmeyer; p. **209**: © Peter Southwick/Stock, Boston; p. **215**: PhotoDisc Nolume 28, Vacation; p. **219**: © José Pelaez/The Stock Market; p. **223**: © Tony Freeman/PhotoEdit; p. **224**: © Anthony Wood/Stock, Boston.

Capítulo 6

Abertura: © Nancy Sheehan/Index Stock Photography; p. **229**: Library of Congress; p. **233 (em cima)**: Digital Stock, Babies and Children; **(embaixo)**: © Laura Dwight; p. **237**: © Ruth Duskin Feldman; p. **241**: Harry Harlow Primate Laboratory, University of Wisconsin; p. **242 (em cima)**: Thomas McAvoy/Life Magazine © Time Inc.; **(embaixo)**: © Ellen B. Senisi/Photo Researchers; p. **245**: Real Life Medicine/Corbis CD; p. **248**: Jonathan Finlay; p. **250**: © Kathy McLaughlin/The Image Works; p. **252**: © Sybil Shackman/Monkmeyer; p. **255**: © Rick Kopstein/Monkmeyer; p. **260**: © Eastcott/The Image Works; p. **262**: © Joseph Schuyler/Stock, Boston.

Capítulo 7

Abertura: Bob Daernnuich/Stock, Boston; p. **271**: Cynthia Johnson/Liaison Agency; p. **277**: © Laura Dwight; PhotoDisc/Volume

28, People, Lifestyles, and Vacations; © Miro Vintoniv/Stock, Boston; below: Tom McCarthy/The Image Bank; p. **280**: © Elliot Varner-Smith /International Stock Photo; p. **283**: © Lester Sloan/Newsweek/Liaison Agency; p. **287**: © Erika Stone; p. **293**: The Photo Works/Monkmeyer; p. **294**: © Newman Brown /Monkmeyer; p. **300**: © Elizabeth Crews/The Image Works; p. **304**: © Erika Stone/Photo Researchers; p. 305: © David Young-Wolff/PhotoEdit.

Capítulo 8

Abertura: © CLEO Photo/Index Stock Imagery; p. **313**: Bettmann/Corbis; p. **316**: © Laura Dwight/PhotoEdit; p. **319**: © Nancy Richmond/The Image Works; p. **320**: © Network Pro/The Image Works; p. **324**: Courtesy of Sandra Lipsitz Bem; p. **327**: © Stephen McBrady/PhotoEdit; p. **329**: © Zabala/Monkmeyer; p. **336**: © Margaret Miller/Photo Researchers; p. **337**: © Sybil Shackman/Monkmeyer; p. **344**: © Janet Fries; p. **347**: © Nita Winter

Capítulo 9

Abertura: © Bill Bachman/PhotoEdit; p. **355**: National Archives; p. **363**: PhotoDisc/Volume 18, Medicine; p. **364**: © Bob Daemmrich/Stock, Boston; p. **367**: © Laura Dwight; p. **373**: © David Lassman/The Image Works; p. **376**: PhotoDisc /Volume 24, Education; p. **383**: PhotoDisc/Volume 41, Education 2; p. **384**: © Laura Dwight/PhotoEdit; p. **387**: © Peter Dublin/Stock, Boston; p. **389**: © Bob Daerrunrich/The Image Works; p. **391**: © Richard S. Orton; p. **394**: © Ken Kerbs/Monkmeyer.

Capítulo 10

Abertura: © Tom McCarthy/The Stock Market; p. **399**: UPI-Bettmann/Corbis; p. **402**: © M. Justice/The Image Works; p. 405: © Laura Dwight/PhotoEdit; p. **409**: © Myrleen Ferguson/PhotoEdit; p. **410**: © C. Boretz/The Image Works; p. **414**: © Deborah Davis/PhotoEdit; p. **416**: © James R. Holland/Stock, Boston; p. **418**: © Mindy E. Klarman/Photo Researchers; p. **420**: © Dallas & John Heaton/Stock, Boston; p. **421**: © Erika Stone; p. **423**: © Bob Daeminrich/The Image Works; p. **427**: © Michal Heron/Monkmeyer.

Capítulo 11

Abertura: © Bob Daermmich/The Image Works; p. **437**: Culver Pictures; p. **439**: © Bill Gillette/Stock, Boston; p. **444**: © Mary Kate Denny/PhotoEdit; p. **446**: © Robert

Brenner/PhotoEdit; p. **450**: © Kelley Chin/The Kansas City Star/AP/Wide World Photos; p. **454**: PhotoDisc /Volume 45 Lifestyles Today; p. **456**: © Mimi Forsyth/Monkmeyer; p. **465**: © Erika Stone.

Capítulo 12

Abertura: © Paula Lerner/Index Stock Imagery; p. **475**: AP/Wide World Photos; p. 478: © Mito Vintoniv/Stock, Boston; p. **482**: © Bob Daemmrich/The Image Works; p. **485**: © Ellen Skye/Monkmeyer; p. **488**: The Children's Defense Fund; p. **492**: © Tim Greenway/AP/Wide World Photos; p. **496**: © Ruth Duskin Feldman; p. **500**: © Tom McCarthy/PhotoEdit; p. **503**: © Laura Rauch/ AP/Wide World Photos; p. **508**: © A. Ramey/Stock, Boston.

Capítulo 13

Abertura: Bob Daernmich/The Image Works; p. **515**: © Rob Straus/ Woodfin Camp & Associates; p. **517**: PhotoDisc /Volume 27, International Sports; p. **520**: PhotoDisc /Volume 45 Lifestyles Today; p. **524**: © Mark Ludak/Impact Visuals; p. **530**: © Mehau Kulyk/Science Photo Library/Photo Researchers; p. **535**: © David YoungWolff /PhotoEdit; p. **541**: © Keith Carter Photography; p. **543**: © Charles Gupton/Stock, Boston; p. **547**: © Frank Niemeir/The Atlanta Constitution.

Capítulo 14

Abertura: © Adam G. Sylvester/Photo Researcher; p. **551**: AP/Wide World Photos; p. **556**: © Jeffrey Dunn/Stock, Boston; p. **562**: © Michael Dwyer/Stock, Boston; p. **567 (left)**: PhotoDisc/ Volume 45 Lifestyles Today; **(direita)**: PhotoDisc/ Signature Series 17; p. **569**: © Andy Bernhauf/Photo Researchers; p. **572**: PhotoDisc/Volume 25 Government and Social Issues; p. **573**: PhotoDisc/Volume 46 Beauty and Health; p. **580**: © Erika Stone.

Capítulo 15

Abertura: USDA/Science Source/Photo Researchers; p. **587**: Kanu Ghandi/Library of Congress; p. **591**: David Lawrence/The Stock Market; p. **598**: © Brian Yarvin/The Image Works; p. **600**: © Science Photo Library/Photo Researchers; p. **605**: © Michael Kaulman/Impact Visuals; p. **610**: © Tim. Davis/Photo Researchers; p. **614**: © Ulf Andersen/ Liaison Agency; p. **617**: © Bob Daerrunrich/The Image Works.

Capítulo 16

Abertura: © Bill Bachmann/Photo Researchers; p. **623**: © Doug

Mills/AP/Wide World Photos; p. **628**: © Levine/Anthro-Photo; p. **634**: © David Young-Wolff/PhotoEdit; p. **641**: © A. Ramiey/Woodfin Camp & Associates; p. **648**: © Parke/Liaison Agency; p. **651**: © Cameramann/The Image Works; p. **653**: © Tom McCarthy/ Index Stock Imagery; p. **655**: © Eugene Richards/Magnum Photos.

Capítulo 17

Abertura: © David Young-Wolff/PhotoEdit; p. **661**: NASA; p. **665**: © Lori Peters/AP/Wide World Photos; p. **674**: © Robert Ricci/Liaison Agency; p. **678**: ©

Barbara Kirk/The Stock Market; p. **682**: © Boiffin-Viviere /Explorer/Photo Researchers; p. **683**: © Dr. Robert Friedlan/SPLibrary/Photo Researchers; p. **687**: © Oscar Burriel/Latin Stock/Science Photo Library/Photo Researchers; p. **693**: © Joe Carini/The Image Works; p. **699**: Courtesy of Ruth Michael/© Dennis Wells.

Capítulo 18

Abertura: © Scott Barrow/International Stock; p. **703**: © Evan Agostini /Liaison Agency; p. **707**: © Skip O'Rourke/The Image Works; p. **712**: © Shelley

Gazin/Corbis; p. **715**: © Dave Bartriff/The Image Works; p. **719**: Spencer Grant/Stock. Boston; p. **723**: © Blair Seitz/Photo Researchers; p. **727**: © Paul Fusco/Magnum. Photos; p. **730**: © Bill Aron/PhotoEdit; p. **731**: © Cary Wolinsky/Stock, Boston; p. **733**: © Matthew Jordan Smith/Liaison Agency; p. **734**: © CLEO Photo/Index Stock Imagery.

Epílogo

Abertura: © Armed Forces/Corbis CD; **739**: (0) Bob Daemmerich/Stock, Boston.

Glossário

abismo visual Aparelho projetado para dar a ilusão de profundidade e para avaliar a percepção de profundidade em bebês. (181)

abordagem behaviorista Abordagem no estudo do desenvolvimento cognitivo baseada na teoria da aprendizagem, que se preocupa com a mecânica básica da aprendizagem. (189)

abordagem da neurociência cognitiva É a abordagem para o estudo do desenvolvimento cognitivo que liga os processos cerebrais aos processos cognitivos. (78, 204)

abordagem do processamento de informações É a abordagem de estudo do desenvolvimento cognitivo pela observação e análise dos processos mentais envolvidos na recepção e no manuseio da informação. (77, 203)

abordagem piagetiana Abordagem no estudo do desenvolvimento cognitivo baseada na teoria de Piaget, a qual descreve estágios qualitativos, ou mudanças típicas, no funcionamento cognitivo de crianças e de adolescentes. (189)

abordagem psicométrica Abordagem no estudo do desenvolvimento cognitivo que procura medir a quantidade de inteligência que uma pessoa possui (189)

abordagem sociocontextual Abordagem de estudo do desenvolvimento cognitivo que enfoca a influência dos aspectos ambientais do processo de aprendizagem, particularmente dos pais e de outros cuidadores. (204)

aborto espontâneo Expulsão natural de um embrião ou feto que não pode sobreviver fora do útero. (90)

abuso de idosos Maltrato ou negligência de idosos dependentes ou violação de seus direitos pessoais. (724)

abuso de substâncias Uso repetido e prejudicial de uma substância, geralmente de álcool ou de outras drogas. (451)

abuso físico Ação que coloca uma criança em perigo, envolvendo possível dano corporal. (340)

abuso sexual Qualquer tipo de contato sexual entre uma criança e uma pessoa mais velha responsável pelo bem-estar da criança. (340)

aceleração Abordagem na educação para superdotados, que os faz avançar no programa de conteúdos, ou em parte dele, em um ritmo extraordinariamente rápido. (395)

ácido desoxirribonucleico (DNA) Substância química que forma os genes e que controla as funções das células corporais. (105)

acomodação Na terminologia de Piaget, são as mudanças em uma estrutura cognitiva existente para incluir novas informações. (76)

acomodação de identidade Na terminologia de Whitbourne, é ajustar o autoconceito para se enquadrar a novas experiências. Compare com *assimilação de identidade*. (632)

aconselhamento genético Serviço clínico que aconselha casais quanto ao provável risco de terem filhos com determinados defeitos hereditários. (115)

adaptação Na terminologia de Piaget, é o ajustamento a novas informações sobre o ambiente através dos processos complementares de assimilação e de acomodação. (76)

adoção aberta Adoção em que os pais biológicos e os pais adotivos conhecem a identidade uns dos outros e compartilham informações ou têm contato direto. (410)

adolescência Transição no desenvolvimento entre a infância e a idade adulta que envolve grandes mudanças físicas, cognitivas e psicossociais. (440)

afirmação de poder Estratégia disciplinar destinada a desencorajar um comportamento indesejável através do cumprimento físico e verbal do controle dos pais. Compare com *técnicas indutivas e retirada de amor*. (333)

agressão explícita Agressão que é abertamente dirigida ao alvo. (338)

agressão hostil Comportamento agressivo que visa a ferir outra pessoa. (337)

agressão instrumental Comportamento agressivo utilizado como meio de atingir um objetivo. (337)

agressão relacionai Agressão destinada a danificar ou a prejudicar os relacionamentos, a reputação ou o bem-estar psicológico de outra pessoa; também chamada de *agressão dissimulada, indireta* ou *psicológica*. (338)

alcoolismo Doença crônica que envolve dependência do uso de álcool, causando interferência no funcionamento normal e no cumprimento de obrigações. (523)

alelos Pares de genes (iguais ou diferentes) que afetam um determinado traço. (107)

alfabetização Aprender (ou ensinar) a ler e escrever. (213)

alfabetização emergente Em crianças pré-escolares, é o desenvolvimento de habilidades, conhecimento e atitudes que subjazem à leitura e à escrita. (298)

alfabetizado Diz-se do adulto capaz de utilizar informações impressas e escritas para funcionar na sociedade, para alcançar objetivos e para desenvolver seu conhecimento e seu potencial. (545)

altruismo ou comportamento pró-social Comportamento destinado a ajudar os outros sem recompensa externa. (336)

ambiente Totalidade de influências não-genéticas sobre o desenvolvimento, externas à pessoa. (54)

amniocentese Procedimento diagnóstico pré-natal em que uma amostra de líquido amniótico é retirada e analisada para determinar se certos defeitos genéticos estão presentes. (137)

amostra Grupo de participantes escolhidos para representar toda a população em um estudo. (84)

amostragem das vilosidades coriônicas (AVC) Procedimento diagnóstico pré-natal em que o tecido das vilosidades (projeções piliformes da membrana que envolve o feto) é analisado para detectar a defeitos congênitos. (137)

amostragem do cordão umbilical Procedimento médico pré-natal em que amostras de sangue do feto são retiradas do cordão umbilical para avaliar o funcionamento do corpo; também é chamada *amostragem do sangue fetal*. (138)

andaime Apoio temporário dado a uma criança que está aprendendo uma tarefa. (83)

animismo Tendência a atribuir vida a objetos que não estão vivos. (287)

anorexia nervosa Transtorno alimentar caracterizado pela privação de alimento. (450)

anoxia Falta de oxigênio, o que pode causar dano cerebral. (151)

ansiedade ante estranhos Cautela com pessoas e lugares estranhos demonstrada por alguns bebês durante a segunda metade do primeiro ano. (249)

ansiedade de separação Angústia demonstrada por um bebê quando um cuidador o deixa. (249)

apego Ligação recíproca e duradoura entre o bebê e o cuidador, cada um deles contribuindo para a qualidade do relacionamento (245)

apego ambivalente (resiliente) Padrão de apego em que o bebê fica ansioso antes de o principal cuidador sair, fica extremamente perturbado durante sua ausência e tanto busca quanto rejeita o contato quando ele retorna. (246)

- apego desorganizado/desorientado** Padrão de apego em que o bebê, depois de ser separado de seu principal cuidador, apresenta comportamentos contraditórios quando ele retorna. (246)
- apego evitativo** Padrão de apego em que o bebê raramente chora quando separado do principal cuidador e evita contato quando ele retorna. (246)
- apego seguro** Padrão de apego em que o bebê chora ou protesta quando o principal cuidador ausenta-se e ativamente vai em sua busca quando ela retorna. (246)
- aprendizagem** Mudança duradoura no comportamento que ocorre como resultado da experiência. (72)
- aprendizagem a distância** Esquema para fazer cursos em local distante através do computador ou de transmissões radiofônicas em circuito fechado. (618)
- aprendizagem bidirecional (em duas línguas)** Abordagem de educação em segunda língua em que os falantes de inglês e de língua estrangeira aprendem em sua própria língua e na língua dos colegas. (389)
- aprendizagem por observação ou vicária** Na teoria da aprendizagem social, é a aprendizagem que ocorre observando o comportamento de outras pessoas. (76)
- aprendizagem vitalícia** Estudo organizado e sustentado por adultos de todas as idades. (698)
- armazenamento** Retenção de lembranças para futura utilização. (371)
- artrite** Grupo de transtornos que afetam as articulações, causando dor e perda de movimento. (681)
- assédio sexual** Investidas sexuais inoportunas, principalmente de um superior no trabalho, o que cria um ambiente hostil ou abusivo, gerando pressão psicológica. (606)
- assimilação** Na terminologia de Piaget, é a incorporação de novas informações a uma estrutura cognitiva existente. (76)
- assimilação de identidade** Na terminologia de Whitbourne, esforço para enquadrar uma nova experiência em um autoconceito já existente. Compare com *acomodação de identidade*. (632)
- assistência por parentesco** Assistência a crianças que vivem sem os pais no lar de avós ou de outros parentes, com ou sem alteração da custódia legal. (654)
- assumir a homossexualidade** Processo de revelar abertamente a orientação homossexual. (566)
- atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)** Atividades cotidianas, competências nas quais é considerada uma medida da capacidade de viver de maneira independente; essas atividades incluem administrar as finanças, fazer compras, usar o telefone, obter transporte, preparar refeições, tomar medicação e cuidar da casa. (691)
- autismo** Transtorno do desenvolvimento global caracterizado por ausência de sociabilidade normal, por comprometimento da comunicação e por comportamentos repetitivos obsessivos. (123)
- autoconceito** Senso de identidade; quadro mental de descrição e avaliação de nossas capacidades e de nossos traços. (255, 315)
- autoconsciência** Compreensão de que nossa existência e nosso funcionamento são separados dos de outras pessoas e coisas. (234)
- autodefinição** Conjunto de características utilizadas para descrever a si mesmo. (315)
- auto-eficácia** Entendimento da capacidade de enfrentar "desafios e de alcançar" metas. (344, 463)
- auto-estima** O julgamento que uma pessoa faz sobre seu próprio valor. (319)
- auto-imunidade** Tendência de um corpo em envelhecimento a confundir seus próprios tecidos com invasores estranhos e atacá-los e destruí-los. (673)
- autonomia versus vergonha e dúvida** Na teoria de Erikson, a segunda crise de desenvolvimento psicossocial, que ocorre entre os 18 meses e os 3 anos, na qual as crianças conquistam um equilíbrio entre autodeterminação e controle dos outros. (256)
- auto-realização** Na terminologia de Maslow, a mais alta hierarquia de necessidades humanas (que só pode ser alcançada depois que outras necessidades forem satisfeitas): a necessidade de realizar plenamente nosso potencial (74)
- auto-regulação** Controle de comportamento independente da criança para se conformar às expectativas sociais compreendidas. (256)
- autoritário** Na terminologia de Baumrind, é o estilo parental que enfatiza o controle e a obediência. Compare com *democrático* e *permissivo*. (334)
- autossomos** Os 22 pares de cromossomos que não são relacionados à expressão sexual. (106)
- balanço da meia-idade** Exame introspectivo que costuma ocorrer na meia-idade, levando a uma reavaliação e a uma alteração de valores e de prioridades. (630)
- baixo peso natal** Peso de menos de 2,5 kg ao nascer em função da prematuridade ou de ser pequeno para a idade. (154)
- Bateria de Avaliação Kaufman para Crianças (K-ABC)** Teste de inteligência individual não-tradicional para crianças de 2 anos e 6 meses a 12 anos e 6 meses, que procura oferecer avaliações justas de crianças de minorias culturais e de crianças com deficiências. (377)
- bebês pré-termo** Bebês nascidos antes da trigésima sétima semana de gestação. (154)
- bebês pequenos para a data (pequenos para a idade de gestação)** Bebês cujo peso natal, como resultado de crescimento fetal lento, é menor do que o de 90% dos bebês de mesma idade gestativa. (154)
- behaviorismo** Teoria da aprendizagem que enfatiza o estudo dos comportamentos e fatos observáveis e o papel previsível do ambiente para causar o comportamento. (72)
- bilingüe** Fluente em dois idiomas. (388)
- bissexual** Descreve uma pessoa cuja orientação sexual dirigir-se tanto a pessoas de mesmo sexo como do sexo oposto. (483)
- brincar impetuoso** Modo vigoroso de brincar que envolve lutar, rolar no chão, chutar, agarrar e, às vezes, perseguir, em geral é acompanhado de risos e gritos. (360)
- bulimia nervosa** Transtorno alimentar em que uma pessoa regularmente come grandes quantidades de alimento e depois purga o corpo com laxantes, vômito induzido, jejum ou exercícios excessivos. (450)
- canalização** Limitação na variância de expressão de certas características herdadas. (119)
- capacidade de reserva** Capacidade dos órgãos e dos sistemas corporais de exercer de 4 a 10 vezes mais esforço que o comum sob estresse; também chamada de *reserva orgânica*. (676)
- capacidade representacional** Na terminologia de Piaget, é a capacidade de representar objetos e experiências mentalmente, sobretudo por meio do uso de símbolos. (198)
- capacidade vital** Volume de ar que pode ser aspirado e expelido respirando-se profundamente; pode ser um indicador do envelhecimento. (593)
- capital conjugal** Benefícios financeiros e emocionais acumulados durante um casamento de longa duração, os quais tendem a manter um casal unido. (642)
- capital social** Recursos familiares e comunitários que uma pessoa pode utilizar. (466)
- caracteres sexuais primários** Órgãos diretamente relacionados à reprodução, os quais crescem e amadurecem durante a adolescência. Compare com *caracteres sexuais secundários*. (444)
- caracteres sexuais secundários** Sinais fisiológicos de maturação sexual (como o desenvolvimento dos seios e crescimento de pêlos corporais) que não envolvem os órgãos sexuais. Compare com *caracteres sexuais primários*. (444)
- cataratas** Áreas encobertas ou opacas no cristalino do olho, que causam embaçamento da visão. (677)
- centração** Na teoria de Piaget, é uma limitação do pensamento pré-operacional que leva a criança a se concentrar em um aspecto de uma situação e negligenciar outros, muitas vezes, levando a conclusões ilógicas. (288)
- clonar** Fazer uma cópia genética de um indivíduo; um clone é uma cópia genética de um indivíduo. (103)

coabitação Condição de um casal que vive junto e mantém um relacionamento sexual sem ser legalmente casado. (568)

codificação Processo pelo qual a informação é preparada para armazenamento a longo prazo e para posterior recuperação. (371)

complexidade substantiva Grau no qual o trabalho de uma pessoa exige raciocínio e julgamento independente. (544)

comportamento inteligente Comportamento que é dirigido a objetivos (consciente e deliberado) e adaptativo às circunstâncias e às condições de vida. (189)

comportamentos reflexos Reações inatas, involuntárias e automáticas à estimulação. (170)

comprometimento Na terminologia de Maria, é o investimento pessoal em uma ocupação ou em um sistema de crenças. (479)

concordante Termo que descreve gêmeos que compartilham do mesmo traço ou distúrbio. (118)

condição socioeconômica (CS) Mescla de fatores econômicos e sociais que descrevem um indivíduo ou uma família, incluindo renda, educação e profissão. (56)

condicionamento clássico Tipo de aprendizagem em que um estímulo anteriormente neutro (que originalmente não provocava uma determinada resposta) adquire a capacidade de provocar uma resposta depois que o estímulo é repetidamente associado a outro estímulo que normalmente provoca a resposta. (72, 190)

condicionamento operante Tipo de aprendizagem em que uma pessoa tende a repetir um comportamento que foi reforçado ou cessar um comportamento que foi punido. (73, 190)

confiança básica versus desconfiança básica Na teoria de Erikson, é a primeira crise no desenvolvimento psicossocial, que ocorre entre o nascimento e aproximadamente dos 18 meses, em que os bebês desenvolvem o senso de confiança nas pessoas e nos objetos de seu ambiente. (244)

conhecimento tácito Na terminologia de Sternberg, são as informações que não são formalmente ensinadas ou abertamente expressas, mas que são necessárias para progredir (535)

conquista de identidade Estado de identidade, descrito por Marcia, caracterizado pelo comprometimento com escolhas feitas após uma crise, período em que se exploram alternativas. (480)

consciência Padrões internos de comportamento, que geralmente controlam nossa conduta e produzem desconforto emocional quando violados. (257)

conservação Na terminologia de Piaget, é a consciência de que dois objetos que são iguais em um determinado aspecto (como comprimento, peso ou quantidade) conti-

nuam sendo iguais apesar da alteração perceptual (uma mudança na forma), contanto que nada tenha sido acrescentado ou retirado de nenhum dos objetos. (288)

constância de gênero Consciência de que seremos sempre do mesmo sexo. Também chamada *constância de categoria sexual*. (324)

construção social Conceito sobre a natureza da realidade, baseado nas percepções ou nas suposições subjetivas compartilhadas pela sociedade. (51)

controle do ego Autocontrole. (555)

coorte Grupo de pessoas que partilham de uma experiência semelhante, como crescer na mesma época e no mesmo lugar. (58)

co-regulação Etapa transitória no controle do comportamento no qual pais exercem a supervisão geral e as crianças exercem a autorregulação a cada momento. (404)

correlação genótipo-ambiente Tendência de certas influências genéticas e ambientais de se reforçarem mutuamente; pode ser passiva, reativa (evocativa) ou ativa. Também denominada *co-variância genótipo-ambiente*. (120)

crianças de aquecimento lento Crianças cujo temperamento geralmente é tranqüilo, mas que hesitam em aceitar novas experiências. (237)

crianças difíceis Crianças com um temperamento irritadiço, ritmos biológicos irregulares e respostas emocionais intensas. (237)

crianças fáceis Crianças com um temperamento geralmente feliz, ritmos biológicos regulares e disposição para aceitar novas experiências. (237)

crianças resilientes Crianças que resistem a situações adversas, funcionam bem a despeito de desafios ou de ameaças ou recuperam-se de eventos traumáticos que teriam um impacto altamente negativo no desenvolvimento emocional da maioria das crianças. (430)

crise Na terminologia de Marcia, é o período de tomada consciente de decisões relacionado com a formação de identidade. (479)

crise da meia-idade Em alguns modelos de crises normativas, é o período de vida estressante precipitado pelo exame e pela reavaliação de nosso passado, que ocorre tipicamente no início até meados dos 40 anos. (630)

crise filial Na terminologia de Marcia, desenvolvimento normativo da meia-idade, no qual os adultos aprendem a equilibrar amor e dever com os pais e autonomia em um relacionamento bidirecional. (648)

cromossomo Uma das 46 estruturas em formato de bastonete que contêm genes. (105)

cromossomos sexuais Par de cromossomos que determina o sexo: XX na mulher normal, XY no homem normal. (106)

cronossistema Na terminologia de Bronfenbrenner, é um sistema que mostra os efeitos

do tempo no microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema. (82)

cultura Modo de vida geral de uma sociedade ou de um grupo, incluindo costumes, tradições, crenças, valores, idioma e produtos materiais - todo o comportamento adquirido transmitido dos pais para os filhos. (57)

culturalmente justo Descreve um teste de inteligência que trata de experiências comuns a diversas culturas, como tentativa de evitar a tendenciosidade cultural. Compare com *livre de cultura*. (375)

curvas de sobrevivência Curvas, projetadas em um gráfico, mostrando os percentuais de uma população que sobrevivem em cada faixa etária. (673)

decalagem horizontal Na terminologia de Piaget, é a incapacidade de uma criança de transferir aprendizagem sobre um tipo de conservação para outros tipos, em função da qual a criança domina os diferentes tipos de tarefas de conservação em idades distintas. (368)

deficiências de aprendizagem (DA) Transtornos que interferem em aspectos específicos da aprendizagem e do desempenho escolar. (390)

degeneração macular relacionada à idade Condição em que o centro da retina gradualmente perde sua capacidade de discernir pequenos detalhes; principal causa de cegueira funcional em adultos mais velhos. (677)

demência Deterioração no funcionamento cognitivo e comportamental devido a causas fisiológicas. (683)

demência de infartos múltiplos Demência irreversível causada por uma seqüência de pequenos derrames. (683)

democrático Na terminologia de Baumrind, é o estilo parental que mescla respeito pela individualidade de uma criança com um esforço para infundir valores sociais. Compare com *autoritário* e *permissivo*. (334)

dependência de substâncias Dependência (física ou psicológica - ou ambas) de uma substância prejudicial (451)

depressão infantil Transtorno afetivo caracterizado por sintomas como sentimento prolongado de falta de amigos, incapacidade de ter prazer ou de se concentrar, fadiga, atividade extrema ou apatia, sentimentos de falta de valor, mudança de peso, queixas físicas e pensamentos sobre morte ou suicídio. (426)

desabituação Aumento na responsividade após apresentação de um novo estímulo. Compare com *habituação*. (204)

descentrar Na terminologia de Piaget, é pensar simultaneamente sobre vários aspectos de uma situação; característica do pensamento operacional. (288)

desenvolvimento do ciclo vital Conceito de desenvolvimento como um processo vitalício, que pode ser estudado cientificamente. (48)

desenvolvimento humano Estudo científico da mudança e da continuidade durante todo o ciclo humano de vida. (47)

desenvolvimento psicossocial Na teoria freudiana, uma seqüência invariável de estágios de desenvolvimento da personalidade durante os primeiros anos de vida, infância e adolescência, em que a gratificação é muda da boca para o ânus e depois para os genitais. (67)

desenvolvimento psicossocial Na teoria de Erikson, é o processo social e culturalmente influenciado de desenvolvimento do ego ou do eu; **ele** consiste de oito estágios ao longo do ciclo de vida, cada um girando em torno de uma crise que pode ser resolvida alcançando-se um equilíbrio saudável entre traços positivos e negativos alternativos. (71)

diagnóstico genético de pré-implantação Procedimento médico em que as células de um embrião fecundadas *in vitro* são analisadas para detectar defeitos genéticos antes da implantação do embrião no útero da mãe. (137)

diferenças individuais Variações nas características ou nos resultados de desenvolvimento entre uma criança e outra. (54)

diferenciação Processo pelo qual os neurônios adquirem estrutura e função especializadas. (169)

diferenciado por idade Estrutura de vida em que as funções básicas - aprender, trabalhar e ter lazer - baseiam-se na idade, típico nas sociedades industrializadas. Compare *integrado por idade*. (615)

difusão de identidade Estado de identidade, descrito por Marcia, que se caracteriza pela ausência de comprometimento e pela séria ausência de consideração de alternativas. (481)

disciplina Ferramenta de socialização que inclui meios de moldar o caráter das crianças e de ensiná-las a exercitar o autocontrole e a ter um comportamento aceitável. (33)

disfunção erétil Incapacidade de um homem de atingir ou de manter o pênis ereto o suficiente para um desempenho sexual satisfatório. (597)

disfunção sexual Perturbação persistente no desejo ou na resposta sexual. (527)

dislexia Transtorno do desenvolvimento em que o desempenho na leitura é significativamente abaixo do previsto pelo QI ou pela idade. (390)

dispositivo de aquisição de linguagem (DAL) Na terminologia de Chomsky, um mecanismo inato que permite às crianças inferir as regras lingüísticas da língua que ouvem. (219)

distribuição randômica Técnica utilizada para distribuir os membros de uma amostra de um estudo em grupos (experimental e controle), em que cada membro da amostra tem uma chance idêntica de ser selecionado para

cada grupo e receber ou não receber o tratamento. (90)

doenças sexualmente transmissíveis (DST) Doenças transmitidas por contato sexual. (485)

drogas de porta de entrada Drogas (como álcool, maconha e tabaco) cujo uso tende a levar ao consumo de drogas mais pesadas. (453)

educação bilíngüe Sistema de ensino para crianças de origem estrangeira em dois idiomas - em sua língua materna e em inglês - e, posteriormente, mudando para instrução integral em inglês, quando as crianças desenvolverem fluência suficiente nessa língua. (388)

efeitos ambientais não-compartilhados É o ambiente único em que cresce cada criança, composto de influências distintas ou influências que afetam cada criança de maneira diferente. (121)

egocentrismo Na terminologia de Piaget, é a incapacidade de considerar o ponto de vista alheio; característica do pensamento pré-operacional. (289)

elaboração Estratégia mnemônica de fazer associações mentais que envolvem informações a serem lembradas. (372)

elemento componencial Na teoria triárquica de Sternberg, é o termo para o aspecto analítico da inteligência, que determina com que eficiência as pessoas processam as informações e resolvem problemas. (377)

elemento contextual Na teoria triárquica de Sternberg, é o termo para o aspecto prático da inteligência, que determina com que eficiência as pessoas lidam com seu ambiente. (377)

elemento experiencial Na teoria triárquica de Sternberg, é o termo para o aspecto perceptivo da inteligência, que determina com que eficiência as pessoas abordam tarefas tanto novas como familiares. (377)

emaranhados neurofibrilares Massas retorcidas de fibras protéicas encontradas nos cérebros de pessoas com o mal de Alzheimer. (684)

embrioscopia Procedimento médico pré-natal em que um visor é introduzido no abdômen de uma gestante para visualizar o embrião com fins de diagnóstico e tratamento de anormalias. (137)

emoções Reações subjetivas à experiência associadas a mudanças fisiológicas e comportamentais. (231)

empatia Capacidade de se colocar no lugar de outra pessoa e sentir o que ela sente. (290)

encapsulamento Na terminologia de Hoyer, dedicação progressiva do processamento de informações e do pensamento fluido a sistemas de conhecimento específicos, facilitando o acesso a ele. (610)

enfrentamento Pensamento ou comportamento adaptativo que visa à redução ou ao

alívio do estresse oriundo de condições prejudiciais, ameaçadoras ou desafiadoras. (708)

enfrentamento focado na emoção No modelo de avaliação cognitiva, é a estratégia de enfrentamento dirigida à administração ou à regulação da resposta emocional a uma situação estressante para aliviar seu impacto físico ou psicológico; às vezes, é chamado de *enfrentamento paliativo*. Compare com *enfrentamento focalizado no problema*. (709)

enfrentamento focado no problema No modelo de avaliação cognitiva, é a estratégia de enfrentamento dirigida à eliminação, à administração ou ao aperfeiçoamento de uma condição estressante. Compare com *enfrentamento focalizado na emoção*. (708)

enriquecimento Abordagem na educação de superdotados, a qual amplia e aprofunda o conhecimento e as habilidades através de atividades extras, de projetos, de passeios de campo ou de utilização de mentores. (395)

ensaio Estratégia mnemônica de manter informações na memória de operação por meio de repetição consciente. (372)

Entrevista de Apego Adulto (EAA) Instrumento para medir a clareza, a coerência e a consistência das lembranças de apego de um adulto a seus pais. (249)

enurese Urinar várias vezes nas roupas ou na cama. (275)

envelhecimento primário Processo gradual e inevitável de deterioração corporal que ocorre durante todo ciclo de vida. Compare com *envelhecimento secundário*. (666)

envelhecimento secundário Processos de envelhecimento que resultam de doença e de abuso ou de falta de uso do corpo e que, muitas vezes, são evitáveis. Compare com *envelhecimento primário*. (667)

equilíbrio Na terminologia de Piaget, é a tendência de tentar atingir um equilíbrio entre elementos cognitivos dentro do organismo e entre ele e o mundo exterior. (76)

erro A, não-B Tendência, notada por Piaget, dos bebês de 8 a 12 meses de idade de procurar por um objeto onde o encontraram anteriormente, em vez de no lugar onde eles mais recentemente o viram ser escondido. (200)

Escala Apgar Medição padronizada da condição de um recém-nascido; ela avalia a aparência, o pulso, a expressão facial, a atividade e a respiração. (153)

Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil Teste padronizado dos desenvolvimentos mental e motor dos bebês. (193)

Escala Brazelton de Avaliação Comportamental Neonatal Teste neurológico e comportamental para medir a resposta do neonato ao ambiente. (153)

Escala de Inteligência Stanford-Binet Teste individual de inteligência usado com crianças para medir a memória, a orientação espacial e o julga prático. (303)

Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-III) Teste individual de inteligência para crianças em idade escolar, o qual gera escores verbais e de desempenho, além de escore geral. (375).

Escala Wechsler de Inteligência Adulta (EWIA) Teste de inteligência para adultos, que gera escores verbais e de desempenho, assim como um escore combinado. (688)

Escala Wechsler de Inteligência Pré-Escolar e Primária de Wechsler (Revisada) Teste de inteligência individual para crianças de 3 a 7 anos, o qual produz escores verbais e de desempenho separados, bem como um escore combinado. (303)

escolha do nicho Tendência de uma pessoa, principalmente depois da primeira infância, a procurar ambientes compatíveis com seu genótipo. (120)

esgotamento Síndrome de exaustão emocional e sensação de incapacidade de realização no trabalho. (606)

esgotamento do cuidador Condição de exaustão física, mental e emocional que acomete adultos que cuidam de pessoas de idade (649)

espermarca A primeira ejaculação de um menino. (445)

esquemas Na terminologia de Piaget, são as estruturas cognitivas básicas que consistem em padrões organizados de comportamentos utilizados em diferentes tipos de situações. (76, 197)

esquizofrenia Transtorno mental marcado pela perda de contato com a realidade; os sintomas incluem alucinações e delírios (123)

estado de consciência É o grau de vigilância de um bebê; sua condição em determinado momento no ciclo diário periódico de vigília, de sono e de atividade. (152)

estado de identidade Na terminologia de Marcia, são os estados de desenvolvimento do ego que dependem da presença ou das ausência de crise e de comprometimento. (479)

estágio aquisitivo O primeiro dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que crianças e adolescentes adquirem informações e habilidades, principalmente por seu próprio mérito, ou como preparação para participação na sociedade. (533)

estágio de criação de herança O sétimo dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que pessoas muito idosas preparam-se para a morte registrando suas histórias de vida, distribuindo posses e assim por diante. (534)

estágio executivo O quarto dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que pessoas de meia-idade responsáveis pelos sistemas so-

ciais lidam com relacionamentos complexos em diversos níveis. (533)

estágio pré-operacional Na teoria de Piaget, é o segundo maior estágio de desenvolvimento cognitivo (aproximadamente dos 2 aos 7 anos), no qual as crianças tornam-se mais sofisticadas em seu uso de pensamento simbólico, mas ainda não são capazes de utilizar a lógica. (284)

estágio realizador O segundo dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que jovens adultos utilizam o conhecimento para adquirir competência e independência. (533)

estágio reintegrativo O sexto dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que adultos mais velhos preferem concentrar sua energia limitada em tarefas que possuem significado para eles. (534)

estágio reorganizacional O quinto dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que adultos que se aposentam reorganizam sua vida em torno de atividades não-relacionadas ao trabalho. (534)

estágio responsável O terceiro dos sete estágios cognitivos de Schaie, em que pessoas de meia-idade estão preocupadas com objetivos de longo alcance e com problemas práticos ligados a sua responsabilidade pelos outros. (533)

estágio sensório-motor Na teoria de Piaget, é o primeiro estágio de desenvolvimento cognitivo, durante o qual os bebês (do nascimento até aproximadamente 2 anos) aprendem por meio do desenvolvimento de seus sentidos e da atividade motora (197)

estereótipos de gênero Generalizações preconcebidas sobre o comportamento masculino e feminino. (32)

esterilidade Incapacidade de conceber depois de 12 a 18 meses de tentativas. (529)

estilo de vida enfocado na família Padrão de atividade na aposentadoria que gira em torno da família, do lar e dos companheiros. Compare com *investimento equilibrado*. (718)

estilo de identidade Na terminologia de Whitbourne, são modos característicos de confrontar, de interpretar e de responder à experiência. (632)

estratégias mnemônicas Técnicas para auxiliar a memória. (372)

estresse Reação às demandas físicas e psicológicas. (280)

estressores Experiências geradoras de estresse. (603)

estrutura de vida Na teoria de Levinson, é o padrão subjacente à vida de uma pessoa em um determinado momento, construído sobre todos os aspectos da vida que a pessoa acha mais importante. (557)

estudo correlacional Modelo de pesquisa que visa a descobrir se existe uma relação estatística entre variáveis, quer em direção, quer em magnitude. (88)

estudo de caso Estudo científico sobre um único caso ou vida. (86)

estudo etnográfico Estudo aprofundado de uma cultura, que utiliza uma combinação de métodos, incluindo a observação de participantes. (87)

estudo longitudinal Modelo de estudo em que se coletam dados sobre as mesmas pessoas durante um período de tempo para avaliar as mudanças de desenvolvimento que ocorrem com a idade. (91)

estudo microgenético Modelo de estudo que permite observar diretamente as mudanças, expondo os participantes repetidamente a estímulos durante um curto espaço de tempo. (93)

estudo sequencial Modelo de estudo que combina técnicas transversais e longitudinais, avaliando as pessoas de uma amostra transversal mais do que uma vez. (93)

estudo transversal Modelo de pesquisa em que pessoas de diferentes idades são avaliadas em uma ocasião, fornecendo informações comparativas sobre as diferentes coortes etárias. (91)

eu ideal O eu que gostaríamos de ser. Compare com *eu real*. (316)

eu real O eu que realmente somos. Compare com *eu ideal*. (316)

eventos de vida normativos No modelo de momento de ocorrência de eventos, experiências de vida normalmente esperadas que ocorrem na época costumeira. (559)

exame do sangue materno Procedimento diagnóstico pré-natal para detectar a presença de anomalias fetais, utilizado principalmente quando o feto tem risco de possuir defeitos no sistema nervoso central. (138)

executivo central No modelo de Baddeley, elemento da memória de trabalho que controla o processamento de informações. (371)

exossistema Na terminologia de Bronfenbrenner, é um sistema de ligações entre dois ou mais ambientes, um dos quais não contém a pessoa em desenvolvimento. (81)

expectativa de vida Idade até a qual uma pessoa em uma determinada coorte tem a tendências estatística de viver (considerando-se sua idade e seu estado de saúde atuais), com base na longevidade média de uma população. (667)

experimento Procedimento rigorosamente controlado, replicável, em que o pesquisador manipula as variáveis para avaliar o efeito de uma sobre a outra. (89)

fábula pessoal Na terminologia de Elkind, é a convicção de que se é especial, incomparável e não-sujeito às regras que governam o resto do mundo. (458)

faixa de reação Variabilidade potencial, dependendo de condições ambientais, na expressão de um traço hereditário. (119)

- fala dirigida à criança (FDC)** Forma de linguagem muito utilizada para falar com bebês ou crianças pequenas; inclui fala lenta, tom agudo, sons de vogais exagerados, palavras e frases curtas e muita repetição. (222)
- fala lingüística** Expressão lingüística que visa a transmitir um significado. (215)
- fala pré-lingüística** Precursora da fala lingüística; produção de sons que não são palavras. Inclui choro, arrulho, balbúcio e imitação acidental e deliberada de sons sem compreensão de seu significado. (213)
- fala privada** Falar em voz alta consigo mesmo sem intenção de se comunicar. (295)
- fala social** Fala cujo intuito é ser compreendida pelo ouvinte. (295)
- fala telegráfica** Forma inicial de sentença, composta de algumas palavras essenciais. (216)
- família extensa** Rede de parentesco entre muitas gerações, composta por pais, filhos e parentes mais distantes, às vezes, vivendo juntos no mesmo lar. (56)
- família mista** Família que consiste de um casal casado, sendo pelo menos um deles em segundo casamento, incluindo os filhos biológicos ou adotados de um ou de ambos os cônjuges antes do casamento atual. (577)
- família nuclear** Unidade doméstica, econômica e de parentesco entre duas gerações, composta pelos pais e seus filhos biológicos ou adotivos. (55)
- famílias tradicionais (intactas)** Famílias que incluem um casal e seus filhos biológicos ou crianças adotadas no primeiro ano de vida. (407)
- fase embrionária** Segunda fase da gestação (de 2 a 8 semanas), caracterizada por rápido crescimento e desenvolvimento dos principais sistemas e órgão corporais. (127)
- fase fetal** Etapa final da gestação (de 8 semanas até o nascimento), caracterizada pelo maior detalhamento das partes corporais e grande aumento do tamanho do corpo (128)
- fase germinativa** Primeiras duas semanas de desenvolvimento pré-natal, caracterizado por rápida divisão celular, crescente complexidade e diferenciação e implantação na parede do útero. (126)
- fatores de risco** Condições que aumentam a probabilidade de uma consequência negativa no desenvolvimento. (57)
- fatores de proteção** Influências que reduzem o impacto do estresse na infância e tendem a prognosticar resultados positivos. (430)
- fecundação** União de espermatozóide e óvulo, que se fundem para produzir um zigoto; também denominada de *concepção*. (103)
- fenótipo** Características observáveis de uma pessoa. (107)
- fidedignidade** Consistência de um teste na medição do desempenho. (193)
- fobia escolar** Medo irrealista de ir à escola; pode ser uma forma de *transtorno de ansiedade de separação* ou *de fobia social*. (426)
- fobia social** Medo extremo e/ou evitação de situações sociais. (426)
- fontanelas** Regiões macias na cabeça de um recém-nascido. (151)
- função simbólica** Na terminologia de Piaget, é a capacidade de utilizar representações mentais (palavras, números ou imagens) às quais a criança atribuiu significado (284)
- gama de reação** Potencial de variabilidade, dependendo das condições ambientais, na expressão de um traço hereditário (81)
- gêmeos dizigóticos (dois ovos)** Gêmeos concebidos pela união de dois óvulos diferentes (ou um único óvulo que se dividiu) com dois espermatozoides diferentes em um curto espaço de tempo; também denominados *gêmeos fraternos*. (104)
- gêmeos monozigóticos (um ovo)** Gêmeos que resultam da divisão de um único zigoto após a fecundação; também chamados de *gêmeos idênticos*. (104)
- gene** Unidade funcional básica da hereditariedade, a qual contém todo o material herdado transmitido dos pais biológicos para os filhos. (105)
- gênero** Significado de ser do sexo masculino ou feminino. (243)
- genética comportamental** Estudo quantitativo de influências hereditárias e ambientais relativas. (116)
- genótipo** Constituição genética de uma pessoa, contendo características tanto expressas quanto não-expressas. (107)
- geração sanduíche** Adultos de meia-idade pressionados pelas necessidades concorrentes de criar ou de encaminhar os filhos e de cuidar de pais idosos. (649)
- geratividade** Na terminologia de Erikson, a preocupação dos adultos maduros em estabelecer, em orientar e em influenciar a geração seguinte. (627)
- geratividade versus estagnação** Na teoria de Erikson, a sétima alternativa crítica de desenvolvimento psicossocial, em que o adulto de meia-idade desenvolve a preocupação de estabelecer, de orientar e de influenciar a geração seguinte ou, então, sente estagnação (sensação de inatividade ou falta de vigor). (627)
- geriatria** Ramo da medicina relacionado com os processos de envelhecimento e com os problemas de saúde relacionados com a idade. (668)
- gerontologia** Estudo dos idosos e do processo de envelhecimento. (668)
- grau de harmonia** Grau de adequação entre as demandas e os constrangimentos ambientais e o temperamento de uma criança. (237)
- grupo-controle** Em um experimento, é o grupo de pessoas que são semelhantes às pessoas do grupo experimental, mas que não recebem o tratamento cujos efeitos devem ser medidos; os resultados obtidos com o grupo são comparados com os resultados obtidos com o grupo experimental. (89)
- grupo étnico** Grupo unido por descendência, raça, religião, língua e/ou nacionalidade, que contribuem para um senso de identidade comum. (57)
- grupo experimental** Em um experimento, é o grupo de pessoas que recebe o tratamento em estudo; quaisquer mudanças nas pessoas são comparadas com mudanças no grupo-controle. (89)
- habilidades motoras gerais** Habilidades físicas, como pular e correr, que envolvem os músculos maiores. (177, 276)
- habilidades motoras refinadas** Habilidades como copiar figuras e abotoar, as quais envolvem os músculos menores e a coordenação entre os olhos e as mãos. (177, 276)
- habituação** Tipo de aprendizagem simples em que a familiaridade com o estímulo reduz, retarda ou elimina uma resposta. Compare com *desabituação*. (204)
- herança dominante** Padrão de herança em que, quando um indivíduo recebe alelos contraditórios para um traço, somente o dominante é expresso. (107)
- herança recessiva** Padrão de transmissão em que um indivíduo recebe alelos recessivos idênticos de ambos os pais, resultando na expressão de um traço recessivo (não-dominante). (107)
- herança vinculada ao sexo** Padrão de herança em que certas características presentes no cromossomo X herdado da mãe são transmitidas de forma diferente a seus descendentes masculinos e os femininos. (111)
- herdabilidade** Estimativa estatística da contribuição da hereditariedade nas diferenças individuais de um traço específico dentro de uma determinada população. (116)
- hereditariedade** Influências inatas sobre o desenvolvimento, transmitidas pelos genes herdados dos pais biológicos. (54)
- heterossexual** Descreve uma pessoa cuja orientação sexual dirige-se ao sexo oposto. (483)
- heterozigótico** Possuidor dois alelos diferentes para um traço. (107)
- hierarquia de necessidades** Na terminologia de Maslow, ordem de classificação das necessidades que motivam o comportamento humano. (74)
- hipermaduro** Referente a um feto que ainda não nasceu duas semanas após a data esperada ou 42 semanas após o último ciclo menstrual da mãe. (157)
- hipertensão** Pressão arterial cronicamente elevada. (599)
- hipótese de dupla representação** Proposta de que as crianças com menos de 3 anos têm dificuldade para entender relações espaciais devido à necessidade de manter em mente mais de uma representação mental ao mesmo tempo. (285)

hipótese do transbordamento Hipótese de que existe uma possível correlação positiva entre a intelectualidade do trabalho e das atividades de lazer, porque o aprendizado do trabalho se estende ao lazer. (544)

hipótese do engajamento Proposta de que um estilo de vida ativo, engajado que desafie as habilidades cognitivas prediz a retenção ou o crescimento dessas habilidades posteriormente na vida. (691)

hipóteses Possíveis explicações para os fenômenos, utilizadas para prever o resultado de pesquisa. (65)

holofrase Palavra única que comunica um pensamento completo. (215)

homossexual Descreve uma pessoa cuja orientação sexual dirige-se ao mesmo sexo. (483)

homozigótico Possuidor de dois alelos idênticos para um traço. (107)

icterícia neonatal Condição de muitos neonatos, causada por imaturidade do fígado e evidenciada pela aparência amarelada; pode causar danos cerebrais se não for tratada imediatamente. (151)

idade funcional Medida da capacidade de uma pessoa para funcionar efetivamente em seu ambiente físico e social em comparação com outras de mesma idade cronológica. (667)

identidade de colcha de retalhos Na terminologia de Elkind, é o senso de identidade construído pela substituição de suas próprias atitudes, de suas crenças e de seus compromissos pelos de outras pessoas. (483)

identidade de gênero Consciência, desenvolvimento na segunda infância, de que se é do sexo masculino ou feminino. (320)

identidade versus confusão de identidade Na teoria de Erikson, a quinta crise no desenvolvimento psicossocial, na qual um adolescente procura desenvolver um senso coerente de identidade, incluindo o papel que ele irá desempenhar na sociedade. Também chamada *identidade versus confusão de papel* (477).

identificação Na teoria freudiana é o processo pelo qual uma criança pequena adota características, crenças, atitudes, valores e comportamentos do genitor de mesmo sexo. (323)

imagem corporal Crenças descritivas e avaliações sobre nossa aparência. (359)

imersão em inglês Abordagem de ensino de inglês como segunda língua em que a instrução é apresentada somente em inglês desde o início da educação formal. (388)

imitação diferida Na terminologia de Piaget, é a reprodução de um comportamento observado após a passagem do tempo evocando-se um símbolo armazenado dele. (198)

imitação invisível Imitação com partes do corpo que não podemos ver, como a boca. (201)

imitação visível Imitação com partes do corpo que podemos ver, como as mãos e os pés. (201)

imprinting Forma instintiva de aprendizagem em que, durante um período crítico no desenvolvimento inicial, um animal estabelece desenvolve apego ao primeiro objeto em movimento que vê, geralmente a mãe. (241)

inatismo Teoria de que os seres humanos possuem uma capacidade inata de aquisição de linguagem. (219)

inclusão de classe Compreensão do relacionamento entre o todo e suas partes. (367)

individuação Na terminologia de Jung a emergência do verdadeiro self pela equilíbrio ou pela integração de partes conflitantes da personalidade. (626)

inferência transitiva Compreensão da relação entre dois objetos, conhecendo-se a relação de cada um deles com um terceiro objeto. (366)

iniciativa versus culpa Na teoria de Erikson, é a terceira crise no desenvolvimento psicossocial, que ocorre entre os 3 e 6 anos, na qual as crianças devem equilibrar seu impulso de perseguir metas com as reservas morais que podem impedir sua realização. (318)

integração Processo pelo qual os neurônios coordenam as atividades dos grupos musculares. (169)

integrado pela idade Estrutura de vida em que as principais funções - aprender, trabalhar e lazer - estão abertas para adultos de todas as idades e podem ser intercaladas durante todo o ciclo de vida. Compare com *diferenciado pela idade*. (615)

integridade do ego versus desespero Segundo Erikson, é a oitava e última alternativa crítica do desenvolvimento psicossocial, na qual as pessoas na terceira idade ou adquirem um senso de integridade do self pela aceitação da vida que tiveram e, assim, aceitam a morte, ou cedem ao desespero porque sua vida não pode ser vivida novamente. (707)

inteligência cristalizada Tipo de inteligência, proposta por Horn e Cattell, que envolve a capacidade de recordar e de utilizar informações aprendidas; ela depende sobretudo da educação e da experiência cultural. Compare com *inteligência fluida*. (609)

inteligência emocional Na terminologia de Salovey e Mayer, é a capacidade de compreender e de regular as emoções; um componente importante do comportamento inteligente efetivo. (536)

inteligência fluida Tipo de inteligência, proposto por Horn e Cattell, que é aplicada a novos problemas e é relativamente independente de influências educacionais e culturais. Compare com *inteligência cristalizada*. (609)

interação genótipo-ambiente A parcela de variação fenotípica que resulta das reações

de indivíduos geneticamente diferentes as condições ambientais semelhantes. (120)

inferioridade Na terminologia de Neugarten, interesse pela vida interior (introversão ou introspecção), que geralmente aparece na meia-idade. (627)

internalização Processo pelo qual as crianças aceitam os padrões de conduta da sociedade como seus; fundamental para a socialização. (256)

intervenção precoce Processo sistemático de planejar e fornecer serviços terapêuticos e educacionais a famílias que necessitam de auxílio para atender às necessidades de desenvolvimento de bebês, de crianças pequenas e de pré-escolares. (196)

intimidação Agressão deliberada e persistente dirigida contra um determinado alvo ou vítima, o qual geralmente é fraco, vulnerável e indefeso. (424)

intimidade versus isolamento Segundo Erikson, é a sexta alternativa crítica de desenvolvimento psicossocial, em que jovens adultos ou se comprometem com os outros ou enfrentam um possível sentimento de isolamento, conseqüentemente ficando voltados a si mesmos. (556)

investimento equilibrado Padrão de atividade de aposentadoria dividida entre família, trabalho e lazer. Compare com *estilo de vida enfocado na família*. (718)

irreversibilidade Na terminologia de Piaget, é uma limitação no pensamento pré-operacional que consiste da incapacidade de compreender que uma operação pode ocorrer em dois ou mais sentidos. (288)

janela de tempo Período limitado de tempo após um evento durante o qual um bebê pode integrar novas informações à lembrança que tem dele. (192)

jogo construtivo Na terminologia de Piaget e Smilansky, é o segundo nível cognitivo do brincar, envolvendo o uso de objetos ou de materiais para fazer alguma coisa. (329)

jogo de faz-de-conta Na terminologia de Piaget e Smilansky, é o terceiro nível cognitivo do brincar envolvendo pessoas ou situações imaginárias; também chamado de *jogo de fantasia, jogo dramático ou jogo imaginativo* (329)

jogo funcional Na terminologia de Piaget e Smilansky, é o nível cognitivo mais elementar da brincadeira, que envolve movimentos musculares repetitivos. (328)

laço mãe-bebê Ligação íntima de afeto entre a mãe e o recém-nascido. (242)

lanugem Penugem corporal pré-natal aveludada, a qual se desprende poucos dias depois do nascimento. (151)

lateralização Tendência de cada hemisfério cerebral de possuir funções especializadas. (167)

lazer sério Atividade de lazer que requer habilidade, atenção e comprometimento. (718)

limite Hayflick Limite geneticamente controlado, proposto por Hayflick, sobre o número de vezes que as células podem dividir-se nos membros de uma espécie. (671)

linguagem Sistema de comunicação baseado em palavras e na gramática. (213)

livre de cultura Descreve um teste de inteligência que, se fosse possível de criar, não teria nenhum conteúdo ligado à cultura. Compare com *culturalmente justo*. (375)

lôcus de traços quantitativos (LTQ) Interação de múltiplos genes, cada um com efeitos de variada magnitude, para produzir um traço complexo. (107)

longevidade Duração da vida de um indivíduo. (667)

macrossistema Na terminologia de Bronfenbrenner, é o sistema de padrões culturais gerais que abarca todos os microssistemas, mesossistemas e exossistemas da sociedade. (82)

mal de Alzheimer Distúrbio cerebral degenerativo e progressivo caracterizado por deterioração irreversível da memória, da inteligência, da consciência e do controle de funções corporais, com o tempo, levando à morte. (683)

mal de Parkinson Distúrbio neurológico degenerativo progressivo e irreversível, caracterizado por tremor, rigidez, retardamento dos movimentos e instabilidade na postura. (683)

maus-tratos emocionais Ação ou não-ação que pode causar transtornos comportamentais, cognitivos, emocionais ou mentais. (340)

mapeamentos representacionais Na terminologia neopiagetiana, é a segunda etapa no desenvolvimento da autodefinição, no qual a criança faz conexões lógicas entre aspectos do eu, mas ainda vê tais características em termos de tudo ou nada. (316)

marcação do genoma (*imprinting*) Processo pelo qual genes que foram temporariamente alterados quimicamente na mãe ou no pai têm diferentes efeitos quando transmitidos à prole. (114)

maturação Desdobramento de uma sequência geneticamente influenciada e, muitas vezes, relacionada à idade, de mudanças físicas e de padrões de comportamento, incluindo a prontidão para adquirir novas habilidades. (54)

maturidade filial Etapa da vida, proposta por Marcocén e por outros pesquisadores, em que os filhos de meia-idade, em consequência de uma crise filial, aprendem a aceitar e a satisfazer a necessidade dos pais de depender deles. (648)

mecânica da inteligência No modelo de processo dual de Baltes, as capacidades de processar informações e de resolver problemas, independentemente de seu conteúdo; área de cognição na qual costuma haver um declínio relacionado com a idade. Compare com *meccânica da inteligência*. (689)

mecanismos de adaptação Termo de Vaillant para descrever quatro modos característicos utilizados pelas pessoas para se adaptarem às circunstâncias de vida: maduro, imaturo, psicótico e neurótico. (557)

mecanismos de preparação para o desenvolvimento Aspectos preparatórios do ambiente doméstico que parecem ser necessários para que o desenvolvimento cognitivo e psicossocial normal ocorra. (196)

mecônio Fezes do feto, excretadas durante os primeiros dias depois do nascimento. (151)

memória autobiográfica Lembrança de fatos específicos em nossa vida pessoal. (300)

memória de longo prazo Armazenamento de capacidade praticamente ilimitada que guarda informações por períodos muito longos. (371)

memória de procedimento Memória de longo prazo de habilidades motoras, de hábitos e de modos de fazer as coisas, a qual, muitas vezes, pode ser evocada sem esforço consciente: às vezes chamada de *memória implícita* (694)

memória de reconhecimento visual Capacidade de distinguir um estímulo visual conhecido de outro desconhecido quando ambos são apresentados ao mesmo tempo. (206)

memória de trabalho Armazenamento temporário das informações que estão sendo continuamente processadas. (211, 371)

memória episódica Memória de longo prazo de experiências ou de fatos específicos, ligada a tempo e lugar. (299)

memória explícita Memória, geralmente de fatos, de nomes e de eventos, que é intencional e consciente. Compare com *memória implícita*. (211)

memória genérica Memória que produz um roteiro de rotinas familiares para orientar o comportamento. (299)

memória implícita Memória, geralmente de hábitos e habilidades, que não requer recordação consciente; às vezes, é chamada de *memória de procedimento ou procedural*. Compare com *memória explícita*. (211)

memória semântica Memória de longo prazo de conhecimento factual geral, de costumes sociais e da linguagem. (694)

memória sensorial Armazenamento inicial, breve e temporário de informações sensoriais. (371)

menarca Primeira menstruação de uma moça. (444)

menopausa Cessação da menstruação e da capacidade de procriar, tipicamente em torno dos 50 anos. (593)

mesossistema Na terminologia de Bronfenbrenner, é um sistema de ligações entre dois ou mais ambientes dos quais uma pessoa faz parte. (81)

metabolismo basal Utilização de energia para manter as funções vitais. (592)

metacognição Consciência dos processos mentais pela própria pessoa. (381)

metamemória Compreensão dos processos de memória. (372)

Metamemória na Idade Adulta (MIA) Questionário que visa a medir diversos aspectos da metamemória de adultos, incluindo crenças sobre sua própria memória e seleção e uso de estratégias para recordar. (696)

método científico Sistema de investigação científica que inclui a identificação de um problema, a formulação e a testagem de hipóteses alternativas, a coleta e a análise de dados e a divulgação pública dos achados. (83)

microssistema Na terminologia de Bronfenbrenner, é um ambiente em que uma pessoa interage bidirecionalmente com outros de forma direta e cotidiana. (81)

mielinização Processo de revestir os neurônios com uma substância gordurosa (mielina) que permite maior rapidez de comunicação entre as células. (170)

miopia Dificuldade para visualizar objetos distantes com nitidez. (592)

mistura de código Utilização de elementos de duas línguas, às vezes, na mesma afirmação, por crianças pequenas em lares onde se falam dois idiomas. (222)

modelo de avaliação cognitiva Modelo de enfrentamento, proposto por Lazarus e Folkman, o qual sustenta que, com base na contínua avaliação de sua relação com o ambiente, as pessoas escolhem estratégias de enfrentamento apropriadas para lidar com situações que exigem seus recursos normais (708)

modelo de cinco fatores Modelo teórico, desenvolvido e testado por Costa e McCrae, baseado nos "Cinco Grandes" fatores subjacentes a conjuntos de traços de personalidade relacionados: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, escrupulosidade e nível de socialização. (553)

modelo de interação social Modelo, baseado na teoria sociocultural de Vygotsky, que propõe que as crianças constroem memórias autobiográficas através de conversação com adultos sobre fatos passados compartilhados. (300)

modelo de momento de ocorrência de eventos Modelo teórico que descreve o desenvolvimento psicossocial adulto como uma resposta à esperada ou à inesperada ocorrência e ao momento de ocorrência de importantes eventos de vida. (553)

modelo de processo dual Modelo de funcionamento cognitivo na terceira idade, proposto por Baltes, que identifica e procura medir duas dimensões da inteligência: a mecânica e a pragmática. (689)

modelo mecanicista Modelo baseado na máquina como metáfora, que vê o desenvolvimento como uma resposta passiva, previsível a estímulos internos e externos; concentra-se no desenvolvimento quantitativo; es-

- tuda os fenômenos pela análise da operação de suas partes componentes. (66)
- modelo organísmico** Modelo segundo o qual o desenvolvimento é desencadeado internamente por uma pessoa ou organismo ativo e ocorre em uma seqüência universal de estágios qualitativamente diferentes de maturação. (66)
- modelos de crises normativas** Modelos teóricos que descrevem o desenvolvimento psicossocial em termos de uma seqüência definida de mudanças relacionadas com a idade. (553)
- modelos de traços** Modelos teóricos que se concentram em traços ou atributos mentais, emocionais, temperamentais e comportamentais. (553)
- modelos tipológicos** Modelos teóricos que identificam amplos tipos ou estilos de personalidade. (553)
- monitoramento eletrônico fetal** Monitoramento mecânico dos batimentos cardíacos do feto durante o processo de parto. (146)
- moralidade convencional (ou moralidade de conformidade ao papel convencional)** Segundo nível na teoria de julgamento moral de Kohlberg, em que os padrões de figuras de autoridade são internalizados. (460)
- moralidade de cooperação** Segundo dos dois estágios de desenvolvimento moral de Piaget, caracterizado por julgamentos flexíveis e sutis e por elaboração de um código moral próprio. (370)
- moralidade de restrição** Primeiro dos dois estágios de desenvolvimento moral de Piaget, caracterizado por julgamentos rígidos e ego-cêntricos. (370)
- moralidade pós-convencional (ou moralidade dos princípios morais autônomos)** Terceiro nível na teoria de julgamento moral de Kohlberg, em que as pessoas seguem princípios morais internalizados de correção, de imparcialidade e de justiça e em que podem escolher entre padrões morais conflitantes. (460)
- moralidade pré-convencional** Primeiro nível da teoria de julgamento moral de Kohlberg, em que o controle é externo e as regras são respeitadas ou para obter recompensas ou para evitar punição ou por interesse próprio. (459)
- moratória** Estado de identidade, descrito por Marcia, em que uma pessoa está considerando alternativas (em crise) e parece rumar para o comprometimento. (480)
- morte celular** Eliminação do excesso de células cerebrais para obter um funcionamento mais eficiente. (169)
- mudança quantitativa** Mudança de número ou de quantidade, como de altura, peso ou tamanho do vocabulário (50)
- mudança qualitativa** Mudança no tipo, na estrutura ou na organização, como a mudança da comunicação não-verbal para a verbal. (50)
- negativismo** Comportamento característico das crianças pequenas, no qual expressam seu desejo por independência opondo-se à autoridade. (256)
- negligência** Não-atendimento das necessidades básicas de uma criança. (340)
- neonato** Bebê recém-nascido, com até 4 semanas de vida. (150)
- neurônios** Células nervosas (168)
- ninho vazio** Fase de transição na criação dos filhos depois que o último deles deixa o lar dos pais. (642)
- normas padronizadas** Padrões utilizados para avaliar o desempenho de pessoas que fazem um teste de inteligência, obtidos a partir dos escores de uma amostra ampla e representativa de crianças submetidas ao teste enquanto ele estava sendo desenvolvido. (193)
- normativo** Característica de um evento que ocorre de modo semelhante para a maioria das pessoas de um grupo. (58)
- obediência situacional** Na terminologia de Kochanska, é a obediência sincera de uma criança às ordens dos pais somente na presença de estímulo ou outros sinais de controle dos pais. (258)
- obediência comprometida** Na terminologia de Kochanska, é a obediência sincera de uma criança pequena às ordens dos pais sem lembretes ou lapsos. (258)
- obesidade** Excesso de peso extremo em relação à idade, ao sexo, à altura e ao tipo corporal; às vezes definida como possuir um índice de massa corporal (relação peso-altura) igual ou acima do 85º ou 95º percentil das curvas de crescimento para crianças da mesma idade e sexo. (122)
- objetos transicionais** Objetos utilizados com frequência por uma criança como companheiros de sono. (275)
- Observação Doméstica para Medição do Ambiente (HOME)** Instrumento para medir a influência do ambiente doméstico sobre o desenvolvimento cognitivo. (195)
- observação laboratorial** Método de pesquisa em que o comportamento de todos os participantes é observado e registrado na mesma situação, sob condições controladas. (86)
- observação naturalística** Método de pesquisa em que o comportamento é estudado em ambientes naturais sem intervenção ou manipulação do observador. (86)
- observação participante** Método de pesquisa em que o observador vive com as pessoas ou participa da atividade em observação. (87)
- operações concretas** Terceiro estágio de desenvolvimento cognitivo piagetiano (aproximadamente dos 7 aos 12 anos), durante o qual as crianças desenvolvem o pensamento lógico, mas não o abstrato. (365)
- operações formais** Na teoria de Piaget, é a etapa final de desenvolvimento cognitivo, caracterizado pela capacidade de pensar em termos abstratos. (455)
- organização** Na terminologia de Piaget, é a integração do conhecimento a um sistema para compreender o ambiente. (76)
- organização (2)** Estratégia mnemônica que consiste em categorizar o material a ser lembrado. (372)
- orientação sexual** Foco do interesse sexual, amoroso ou afetivo consistente, heterossexual, homossexual ou bissexual. (483)
- osteoporose** Condição em que os ossos tornam-se finos e quebradiços como resultado da redução de cálcio. (600)
- otimização seletiva com compensação** No modelo de processo dual de Baltes, estratégia para manter ou para estimular o funcionamento cognitivo geral usando habilidades mais desenvolvidas para compensar aquelas que se enfraqueceram. (689)
- papéis de gênero** Comportamentos, interesses, atitudes, habilidades e traços de personalidade de que uma cultura considera apropriados para homens e mulheres. (321)
- paradigma do "rosto sem expressão"** Método de pesquisa utilizado para medir a regulação mútua em bebês de 2 a 9 meses. (252)
- participação guiada** Participação de um adulto na atividade de uma criança de modo a estruturar a atividade e a levar a criança a compreendê-la de uma forma mais próxima à do adulto. (212)
- parto cesariano** Nascimento de um bebê por sua remoção cirúrgica do útero. (147)
- parto natural** Método de parto desenvolvido pelo Dr. Grantly Dick-Read, que procura prevenir a dor eliminando o medo que a mãe tem do parto através de educação sobre a fisiologia de reprodução e sobre o treinamento em métodos de respiração e de relaxamento durante o parto. (148)
- parto preparado** Método de parto desenvolvido pelo Dr. Ferdinand Lamaze, que usa instrução, exercícios de respiração e apoio social para induzir respostas físicas controlando as contrações uterinas, reduzindo o medo e a dor. (148)
- parturição** Processo de mudanças uterinas, cervicais e de outros tipos que precede o nascimento e que geralmente dura em torno de duas semanas. (146)
- pensamento convergente** Pensamento dirigido à descoberta de uma resposta "certa" para um problema. Compare com pensamento *divergente*. (394)
- pensamento divergente** Pensamento que produz diversas novas possibilidades. Compare com *pensamento divergente*. (394)
- pensamento pós-formal** Tipo maduro de pensamento, que utiliza a experiência subjetiva e a intuição, bem como a lógica, e é útil para lidar com a ambigüidade, com a incerteza, com a inconsistência, com a contradição, com a imperfeição e com a conciliação. (532)
- percepção de profundidade** Capacidade de perceber objetos e superfícies em três dimensões. (181)

- perimenopausa** Período de diversos anos durante o qual uma mulher experimenta mudanças fisiológicas que provocam a menopausa; também chamada de *climatério*. (594)
- período crítico** Momento específico em que um determinado evento ou sua ausência tem maior impacto sobre o desenvolvimento. (59)
- período neonatal** Primeiras 4 semanas de vida. E o período de transição da dependência *intra-uterina* para uma existência independente. (150)
- periodontite** Doença das gengivas. (682)
- permanência do objeto** Na terminologia de Piaget, a compreensão de que uma pessoa ou objeto ainda existe mesmo que não esteja à vista. (200)
- permissivo** Na terminologia de Baumrind, é o estilo parental que enfatiza a auto-expressão e a auto-regulação. Compare com *autoritário* e *democrático*. (334)
- permutação de gênero** Na terminologia de Gutmann, é a inversão nos papéis de gênero após o término da criação ativa dos filhos. (638)
- perspectiva cognitiva** Visão do desenvolvimento que se preocupa com os processos de pensamento e com o comportamento que reflete tais processos. (75)
- perspectiva contextual** Visão do desenvolvimento que vê o indivíduo como inseparável do contexto social. (79)
- perspectiva da aprendizagem** Visão do desenvolvimento humano segundo a qual as mudanças no comportamento resultam da experiência ou adaptação ao ambiente; os dois principais ramos são o behaviorismo e a teoria de aprendizagem social. (72)
- perspectiva etológica** Visão do desenvolvimento humano que se concentra nas bases biológicas e evolucionistas do comportamento. (78)
- perspectiva humanista** Visão do desenvolvimento da personalidade que vê as pessoas como possuidoras da capacidade de promover seu próprio desenvolvimento positivo e saudável através das capacidades unicamente humanas de escolha, de criatividade e de auto-realização. (74)
- perspectiva psicanalítica** Visão do desenvolvimento preocupada com as forças inconscientes que motivam o comportamento. (67)
- placa amilóide** Nacos cerosos de tecido insolúvel encontrados nos cérebros de pessoas com mal de Alzheimer. (684)
- plasticidade** Capacidade de modificação do desempenho. (50)
- plasticidade** (2) Modificabilidade ou "modelação" do cérebro através da experiência. (173)
- pragmática** Conhecimento prático necessário para utilizar a linguagem para fins comunicativos. (295, 380)
- pragmática da inteligência** No modelo de processo dual de Baltes, a dimensão de inteligência que tende a crescer com a idade e que inclui pensamento prático, aplicação de conhecimento e habilidades técnicas, conhecimento especializado, produtividade profissional e sabedoria. Compare com *mecânica da inteligência*. (689)
- preconceito** Atitude desfavorável em relação a membros de certos grupos, principalmente grupos diferentes do seu, especialmente grupos raciais e étnicos. (418)
- preconceito de idade** Preconceito ou discriminação contra uma pessoa (geralmente mais velha) com base na idade. (663)
- pré-fechamento** Estado de identidade, descrito por Mareia, em que uma pessoa que não dedicou tempo para a consideração de alternativas (ou seja, que não passou por uma crise) está comprometida com os planos de outra pessoa para sua vida. (480)
- preferência no uso das mãos** Preferência pela utilização de uma das mãos. (277)
- preferência visual** Tendência dos bebês de olhar para certos estímulos por mais tempo do que para outros. (205)
- presbiacusia** Perda gradual da audição, que se acelera após os 55 anos, principalmente em relação a sons de frequência mais alta. (592)
- presbiopia** Hipermetropia associada ao envelhecimento, que ocorre quando o cristalino perde elasticidade. (592)
- priming** Aumento na facilidade para fazer uma tarefa ou para recordar informações como resultado de um contato prévio com a tarefa ou com a informação. (694)
- princípio cefalocaudal** Princípio de que o desenvolvimento ocorre da cabeça ao rabo; ou seja, as partes superiores do corpo desenvolvem-se antes das partes inferiores. (124)
- princípio próximo-distal** Princípio de que o desenvolvimento ocorre de dentro para fora, ou seja, de que as partes do corpo próximas do centro desenvolvem-se antes das extremidades. (124)
- problemas de saúde agudos** Doenças ocasionais que duram pouco tempo. (363)
- problemas de saúde crônicos** Transtornos físicos, do desenvolvimento, comportamentais e/ou transtornos emocionais que exigem serviços de saúde especiais. (363)
- produtividade versus inferioridade** Na teoria de Erikson, é a quarta alternativa crítica de desenvolvimento psicossocial, que ocorre durante a terceira infância, na qual as crianças precisam adquirir as habilidades produtivas que sua cultura exige ou então enfrentar sentimentos de inferioridade. (402)
- profecia autodeterminada falsa** expectativa ou predição de comportamento que tende a se concretizar porque leva as pessoas a agir como se ela já fosse verdadeira. (385)
- promoção social** Sistema em que os alunos são automaticamente promovidos de uma série para outra, mesmo que não satisfaçam os padrões acadêmicos da série que estão concluindo. (386)
- psicoterapia individual** Tratamento psicológico em que um psicoterapeuta vê uma pessoa com problemas individualmente para ajudá-la a compreender melhor sua personalidade, seus relacionamentos, seus sentimentos e seu comportamento. (427)
- puberdade** Processo pelo qual uma pessoa alcança a maturidade sexual e a capacidade de reprodução. (440)
- público imaginário** Na terminologia de Elkind, é um observador que só existe na cabeça do adolescente e que está tão preocupado com os pensamentos e com as ações do adolescente quanto ele mesmo. (458)
- punição** No condicionamento operante, é um estímulo experimentado após um comportamento, que diminui a probabilidade de que o comportamento se repita. (73)
- raciocínio dedutivo** Tipo de raciocínio lógico que parte de uma premissa geral sobre uma classe para uma conclusão sobre um determinado membro ou membros da classe. (367)
- raciocínio hipotético-dedutivo** Capacidade de desenvolver, de considerar e de testar hipóteses; Piaget acreditava que ela acompanhava o estágio de operações formais. (456)
- raciocínio indutivo** Tipo de raciocínio lógico que parte de determinadas observações sobre os membros de uma classe para uma conclusão geral sobre essa classe. (367)
- radicais livres** Átomos ou moléculas altamente instáveis, formados durante o metabolismo, que podem causar danos corporais. (672)
- rápido mapeamento** Processo pelo qual uma criança assimila o significado de uma nova palavra depois de ouvi-la uma ou duas vezes na conversação. (294)
- reações circulares** Na terminologia de Piaget, são processos pelos quais um bebê aprende a reproduzir ocorrências desejadas originalmente descobertas por acaso. (197)
- rebeldia adolescente** Padrão de agitação emocional, característico de uma minoria de adolescentes, que pode envolver conflito com a família, alienação da sociedade adulta, comportamento irresponsável e rejeição dos valores dos adultos. (493)
- reconhecimento** Capacidade de identificar um estímulo previamente conhecido. Compare com *recordação*. (299)
- recordação** Capacidade de reproduzir conhecimento pela memória. Compare com *reconhecimento*. (299)
- recuperação** Processo pelo qual as informações são acessadas ou recordadas a partir da memória de armazenamento. (371)
- recursos mnemônicos externos** Estratégias mnemônicas que utilizam algo externo à pessoa. (372)
- referencial social** Compreensão de uma situação ambígua verificando-se a reação de outra pessoa a ela. (254)

reforço No condicionamento operante, é um estímulo experimentado depois de uma experiência, que aumenta a probabilidade de que o comportamento se repita. (73)

regulação mútua Processo pelo qual bebê e cuidador comunicam estados emocionais um ao outro e respondem adequadamente. (251)

relógio social Conjunto de normas ou de expectativas culturais para os momentos da vida em que certos eventos importantes, como casar-se, ter filhos, começar a trabalhar e aposentar-se, devem ocorrer. (559)

representações únicas Na teoria neopiagetiana, é a primeira etapa no desenvolvimento da autodefinição, em que as crianças descrevem-se em termos de características individuais, desconectadas, e em termos de tudo ou nada. (316)

resiliência do ego Adaptabilidade sob possíveis fontes de estresse. (555)

retirada de amor Estratégia disciplinar que pode envolver, ignorar, isolar ou demonstrar desafeto por uma criança. Compare com teorias de programação genética. (333)

retardo mental Funcionamento cognitivo significativamente abaixo do normal. (351)

roteiro Esboço geral recordado de um fato familiar repetido, utilizado para orientar o comportamento. (299)

seleção randômica Método de amostragem que garante representatividade porque cada membro da população tem a mesma chance de ser selecionado. (84)

senescência Período do ciclo de vida marcado por mudanças no funcionamento físico associadas ao envelhecimento; ele se inicia em idades diferentes para cada pessoa. (670)

seriação Capacidade de ordenar itens segundo uma dimensão. (366)

síndrome alcoólica fetal (SAF) Combinação de anormalidades mentais, motoras e do desenvolvimento que afetam os filhos de mulheres que bebem muito durante a gravidez. (131)

síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) Doença viral que impede o funcionamento eficiente do sistema imunológico. (134)

síndrome da porta giratória Tendência entre jovens adultos de retornar ao lar dos pais enquanto estabelecem-se em épocas de dificuldades financeira, conjugai ou de outros problemas. (645)

síndrome de Down Transtorno cromossômico caracterizado por retardo mental moderado a severo e por sinais físicos, como pele dobrada para baixo nos cantos internos dos olhos. (113)

síndrome de morte súbita do lactente (SM-SL) Morte repentina e inexplicável de um bebê aparentemente saudável. (161)

sintaxe Regras de formação de sentenças em um determinado idioma. (217)

sistema nervoso central Cérebro e medula espinhal. (166)

sistemas de ação Combinações cada vez mais complexas de habilidades mais simples previamente adquiridas, as quais permitem uma gama mais ampla ou mais precisa de movimentos e maior controle do ambiente. (176, 276)

sistemas representacionais Na terminologia neopiagetiana, é o terceiro estágio de desenvolvimento da autodefinição, caracterizado por amplitude, equilíbrio e integração e avaliação de vários aspectos da identidade. (401)

Situação Estranha Técnica laboratorial utilizada para estudar o apego. (246)

socialização Processo de desenvolvimento de hábitos, de habilidades, de valores e de motivos compartilhados por membros responsáveis de uma determinada sociedade. (256)

surto de crescimento adolescente Rápido aumento de peso e de altura que antecede a maturidade sexual. (440)

surtos de crescimento cerebral Períodos de rápido crescimento e desenvolvimento cerebral. (167)

taxa de mortalidade infantil Proporção de bebês que nascem vivos, mas morrem no primeiro ano de vida. (159)

taxa de suporte parental Em uma dada população, número de pessoas de 85 anos ou mais para cada 100 pessoas de 50 a 64 anos, que podem precisar prestar assistência e apoio a elas. (648)

técnicas indutivas Técnicas disciplinares destinadas a induzir o comportamento desejável apelando para o senso de racionalidade e de justiça de uma criança. Compare com *afirmação de poder e retirada de amor* (333)

temperamento Disposição característica da pessoa ou estilo de abordar e de reagir às situações. (104, 236)

tendência secular Tendência que pode ser vista somente observando-se diversas gerações, como a tendência para atingir altura adulta e maturidade sexual e mais cedo, a qual começou há um século. (442)

tendenciosidade cultural Tendência dos testes de inteligência de incluir itens que exigem conhecimento ou habilidades mais familiares ou significativas para alguns grupos culturais do que para outros, assim colocando alguns indivíduos em vantagem ou desvantagem devido à sua experiência cultural. (375)

tensão pré-menstrual (TPM) Transtorno que produz sintomas de desconforto físico e de tensão emocional durante uma a duas semanas antes do período menstrual. (528)

teoria Conjunto coerente de conceitos logicamente relacionados que procura organizar, explicar e prever dados. (65)

teoria bioecológica É a abordagem de Bronfenbrenner para a compreensão dos proces-

sos e dos contextos de desenvolvimento. (79)

teoria da aprendizagem social Teoria proposta por Bandura de que os comportamentos são adquiridos pela observação e pela imitação de modelos; também chamada de *teoria sociocognitiva*. (73)

teoria da atividade Teoria do envelhecimento, proposta por Neugarten e outros, que sustenta que, para envelhecer bem, uma pessoa deve permanecer tão ativa quanto possível. Compare com *teoria do desengajamento*. (712)

teoria da continuidade Teoria do envelhecimento, descrita por Atcheley, que afirma que, para envelhecer bem, as pessoas precisam manter um equilíbrio entre a continuidade e a mudança nas estruturas interna é externa de sua vida. (713)

teoria da mente Consciência e compreensão dos processos mentais. (290)

teoria da seletividade socioemocional Teoria, proposta por Carstensen, de que as pessoas escolhem seus contatos sociais durante a vida com base na importância relativa da interação social como fonte de informação, como auxílio no desenvolvimento e na maturação de conceito e como fonte de bem-estar. (639)

teoria das inteligências múltiplas Teoria de Gardner de que diversas formas distintas de inteligência existem em cada pessoa. (376)

teoria do comboio social Teoria de envelhecimento, proposta por Kahn e Antonucci, que afirma que as pessoas passam pela vida cercadas por círculos concêntricos de relações íntimas com variados graus de proximidade, com as quais elas podem contar para auxílio, bem-estar e apoio social. (639)

teoria do desengajamento Teoria do envelhecimento, proposta por Cumming e Henry, que sustenta que o envelhecimento bem-sucedido caracteriza-se pelo mútuo afastamento entre idoso e a sociedade. Compare com *teoria da atividade*. (712)

teoria do esquema de gênero Teoria, proposta por Bem, de que as crianças socializam-se em seus papéis de gênero desenvolvendo uma rede mentalmente organizada sobre o que significa ser do sexo masculino ou feminino em uma determinada cultura. (324)

teoria sociocultural Teoria de Vygotsky, que analisa como práticas culturais específicas, especialmente a interação social com adultos, influenciam o desenvolvimento das crianças. (82)

teoria triangular do amor Teoria de Sternberg de que os padrões de amor dependem do equilíbrio entre três elementos: intimidade, paixão e comprometimento. (564)

teoria triárquica da inteligência Teoria de Sternberg que descreve três tipos de inteligência: componencial (capacidade analítica), experiencial (entendimento e originali-

- dade) e contextual (pensamento prático). (377)
- teorias de programação genética** Teorias que explicam o envelhecimento biológico como resultado de um programa de desenvolvimento geneticamente determinado; compare com *teorias de taxas variáveis*. (670)
- teorias de taxas variáveis** Teorias que explicam o envelhecimento biológico como resultado de processos que variam de pessoa para pessoa e são influenciados tanto por fatores internos como externos; às vezes chamadas de *teoria de erro*. Compare com *teorias de programação genética*. (671)
- terapia comportamental** Abordagem terapêutica que utiliza os princípios da aprendizagem social para encorajar comportamentos desejados ou para eliminar comportamentos indesejados: também chamada de *modificação do comportamento*. (428)
- terapia de reposição hormonal (TRH)** Tratamento com estrogênio artificial, às vezes, em associação com o hormônio progesterona, para aliviar ou prevenir os sintomas causados pelo declínio nos níveis de estrogênio após a menopausa. (600)
- terapia familiar** Tratamento psicológico em que um terapeuta vê toda a família reunida para analisar padrões de funcionamento familiar. (427)
- terapia medicamentosa** Administração de fármacos para tratar transtornos emocionais. (428)
- teratogênico** Capaz de causar defeitos congênitos. (129)
- Teste de Avaliação do Desenvolvimento de Denver** Teste aplicado em crianças de 1 mês a 6 anos para determinar se elas estão desenvolvendo-se normalmente; avalia as habilidades motoras gerais, as habilidades motoras finas, o desenvolvimento lingüístico e o desenvolvimento social e da personalidade. (177)
- Teste de Capacidade Escolástica Otis-Lennon** Teste de inteligência grupai tanto para a pré-escola como para o ensino médio. (374)
- Teste de Habilidades Triárquicas de Sternberg (THTS)** Teste que procura medir a inteligência componencial, experiencial e contextual nos domínios verbal, quantitativo e figurativo (espacial). (377)
- testes de aptidão** Testes que medem a inteligência geral da crianças ou sua capacidade de aprender. (374)
- testes de desempenho** Testes que avaliam o quanto as crianças sabem em diversas áreas de conhecimento. (374)
- testes de QI (quociente de inteligência)** Testes psicométricos que procuram medir a inteligência de uma pessoa comparando seu desempenho com normas padronizadas. (193)
- testes genéticos** Procedimento para determinar a constituição genética de uma pessoa com o objetivo de identificar predisposições a doenças ou distúrbios hereditários específicos. (116)
- tipificação de gênero** Processo de socialização mediante o qual as crianças, em idade precoce, aprendem os papéis considerados adequados a seu sexo. (244, 321)
- transdução** Na terminologia de Piaget, é a tendência de uma criança pré-operacional de relacionar mentalmente determinadas experiências, existindo ou não uma relação causal lógica. (286)
- transferência intermodal** Capacidade de utilizar informações obtidas através de um dos sentidos para guiar outro. (205)
- transmissão multifatorial** Combinação de fatores genéticos e ambientais para produzir certos traços complexos. (107)
- transtorno de ansiedade de separação** Condição que envolve ansiedade excessiva e prolongada ligada ao afastamento de casa ou de pessoas às quais a criança é apegada. (426)
- transtorno de conduta (TC)** Padrão repetitivo persistente de comportamento agressivo anti-social que viola as normas da sociabilidade ou os direitos dos outros. (426)
- transtorno depressivo maior** Transtorno mental que dura pelo menos duas semanas, no qual uma pessoa mostra profunda tristeza, perda de prazer e do interesse pela vida e outros sintomas, como mudanças de peso, insônia, sentimentos de inutilidade ou de culpa injustificada, perda de memória, incapacidade de se concentrar e idéias de morte e de suicídio. (686)
- transtorno desafiante opositivo (TDO)** Padrão de comportamento que persiste até a terceira infância, marcado pela negatividade, pela hostilidade e pela provocação. (425)
- transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)** Síndrome caracterizada por persistente desatenção e distração, impulsividade, baixa tolerância à frustração e inadequado excesso de atividade. (391)
- trauma do nascimento** Dano ocorrido no momento do nascimento devido à privação de oxigênio, ferimento físico, infecção ou doença. (154)
- troca de código** Processo de mudar nossa fala conforme a situação, como nas pessoas que são bilíngües. (222)
- ultra-som** Procedimento médico pré-natal que utiliza ondas sonoras de alta frequência para detectar o contorno do feto e seus movimentos para saber se a gravidez está evoluindo normalmente. (128)
- validade** Capacidade de um teste de medir o que pretende medir. (193)
- validade ecológica** Característica dos testes de inteligência adultos que indica competência para lidar com problemas reais ou com desafios enfrentados por adultos. (534)
- variável dependente** Em um experimento, é a condição que pode ou não mudar como resultado das mudanças na variável independente. (90)
- variável independente** Em um experimento, é a condição sobre a qual o experimentador tem controle direto. (90)
- vernix caseosa** Substância gordurosa sobre a pele de um neonato que o protege contra infecções. (151)
- violação de expectativas** Método de pesquisa em que a desabituação a um estímulo que conflitua com a experiência prévia é interpretada como evidência de que um bebê reconhece o novo estímulo como surpreendente. (207)
- zigoto** Organismo unicelular resultante da fecundação. (103)
- zona de desenvolvimento proximal (ZPD)** Termo utilizado por Vygotsky para a diferença entre o que a criança pode fazer sozinha e o que ela pode fazer com auxílio. (82)

Indice Onomástico

- Abbey, A., 529
 Abbott, R., 489
 Abel, E. K., 726-727
 Abeles, N., 664
 Ablard, K. E., 260
 Abma, J. C., 408-409, 484-487
 Abramovitch, R., 345
 Abrams, B., 129-130
 Abrams, C. L., 407-409
 Abrams, M. T., 322
 Abrams, S. A., 357-358, 442-443
 Abramson, T. A., 732-733
 Abroms, K., 114-116
 Abuhamad, A., 137-138
 Acebo, C., 447-448
 Achenbach, T. M., 424-425
 Achenbaum, W. A., 711-712
 Acock, A. C., 408-409
 Acredolo, L. E., 215-216
 Acs, G., 273-274
 Adams, C., 610-611
 Adams, M., 327-328
 Adams, R. G., 730-731
 Addiss, D. G., 279-280
 Adelstein, D., 253-254
 Ades, P. A., 678-679
 Adolph, K. E., 181-182
 Adult Treatment Panel II, 518-519
 Ager, J. W., 131-132
 Aggarwal, S., 672-673
 Agoda, L., 524-525
 Ahmeduzzaman, M., 241-242
 Aidman, A., 422-423
 Ainsworth, M. D. S., 232-233, 245-248
 Aksan, N., 256-260
 Akutsu, H., 676-677
 Alan Guttmacher Institute (AGI), 484-490
 Alberts, J.R., 128-129
 Albright, Madeleine K., 623-626, 631-632
 Alcott, Louisa May, 739-740
 Aldort, N., 383-384
 Alclous, J.J., 647-648
 Alessandri, S. M., 133-134
 Alexander, A. L., 297-298
 Alexander, B. B., 732-733
 Alexander, C., 156-157
 Alexander, K. L., 382-386
 Algeria, J., 128-129
 Aligne, C. A., 160-161, 280-281
 Alipuria, L. L., 56-57
 Alien, G. L., 372-374
 Alien, J. P., 489
 Alien, K. R., 411-412
 Alien, W., 453-454
 Allore, R., 113-114
 Almeida, D. M., 497, 575-577
 Almquist-Parks, L., 330-331
 Alpern, L., 251
 Alsaker, F. D., 445-446
 "Alternatives to Hormone Replacement," 601-602
 Altman, L. K., 527-528
 Alvarez, M., 363-364
 Alzheimer's Association, 682-685
 "Alzheimer's Disease," 682-687, 695-696
 Amaducci, L., 668-669
 Amato, P. R., 410-413, 576-578
 Ambrosini, R.J., 390-392
 American Academy of Pediatrics (AAP), 165-166, 175, 263-265, 388-392, 440, 503-504
 Committee on Adolescence, 484-490, 493
 Committee on Bioethics, 530-531
 Committee on Children with Disabilities and Committee on Drugs, 390-393
 Committee on Children with Disabilities and Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 362-363
 Committee on Communications, 486-488
 Committee on Community Health Services, 282-284
 Committee on Drugs, 131-132, 165, 453-454
 Committee on Environmental Health, 160-161, 280-283
 Committee on Fetus and Newborn, 131-132, 153
 Committee on Genetics, 110, 130-131, 153-155
 Committee on Infectious Diseases, 165
 Committee on Injury and Poison Prevention, 183, 364-365
 Committee on Injury and Poison Prevention and Committee on Sports Medicine and Fitness, 364-365
 Committee on Nutrition, 165-166, 273-274
 Committee on Pediatric AIDS and Committee on Infectious Diseases, 363-364
 Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, 332-333, 742-744
 Committee on Sports Medicine and Committee on School Health, 362-363
 Committee on Sports Medicine and Fitness, 275-276
 Committee on Substance Abuse, 132-133
 Task Force on Infant Positioning and SIDS, 161-162, 166-167
 Task Force on Pediatric AIDS, 363-364
 Work Group on Breastfeeding, 164-166
 American Association for Geriatric Psychiatry (AAGP), 686-687
 American Association of Retired Persons (AARP), 647-648, 664, 667-668, 670-671, 680-681, 698-699, 716-723, 727-729, 731-732
 American Association of University Women (AAUW) Educational Foundation, 469-471, 480-482
 American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)
 Committee on Obstetric Practice, 153
 American Heart Association (AHA), 520-521, 523, 602-604
 American Medical Association (AMA), 722, 724, 748-749
 American Medical Association Council on Scientific Affairs, 440
 American Psychiatric Association (APA), 275, 425-427, 449-452, 483, 522-523, 682-683, 686-687
 American Psychological Association, 93-95, 423-424, 429-430, 483, 503-504
 Ames, E. W., 174
 Ames, M. A., 483-484
 Amsel, E., 366-367
 Anastasi, A., 192-193, 374-376, 393-395
 Anders, T., 147-149
 Andersen, A. E., 448-449
 Andersen, G., 273-274
 Andersen, R., 121-122
 Andersen, R. E., 358-359, 362-363, 520
 Anderson, A. H., 380-382
 Anderson, D. R., 323-324
 Anderson, E., 410-412
 Anderson, E., 117
 Anderson, K. J., 243-245
 Anderson, Marian, 399-401, 405-406
 Anderson, R., 134, 667-668
 Anderson, S. A., 640-641
 Anderson, W. F., 117
 Andres, D., 497
 Angelopoulos, J., 134
 Anglin, T. M., 446-447
 Anisfeld, M., 202-203
 Armas, G.J., 108-109
 Annie E. Casey Foundation, 56-57
 Anschutz, L., 696-697
 Antonarakis, S. E., 136
 Antonucci, T., 636-640, 643-645, 647-648, 724-727, 730-731
 Apgar, V., 153
 Apostoleris, N. H., 330-331
 Applbaum, K. D., 569
 Aquilino, W. S., 645-646
 Arbuckle, T. Y., 690-691
 Archer, S. L., 480-481
 Arcus, D., 122-123, 238-239
 Arend, R., 251
 Arendt, R., 134
 Arfken, C. L., 161-162
 Arici, A., 126-127
 Arjyal, B. R., 570-571
 Arlin, P. K., 531
 Armistead, L., 505
 Arnett, J. J., 493-495
 Arnold, D. S., 224-225, 296-297
 Ashe, Arthur, 515-516, 532, 534-535, 537, 598-599
 Asher, K. N., 364-365
 Aslin, R.N., 176, 223-224
 Astington, J. W., 290-291
 Atchley, R. C., 712-713
 Atkinson, M. S., 159-160
 Atkinson, R. M., 686-687
 Au, T. K., 294-295
 Auld, P. A. M., 155-156
 Aumiller, K., 419-420
 "Australian Man First in World to Die with Legal Euthanasia," 748-749
 Austrom, D., 565-566
 Ausubel, N., 739-740
 Avis, N. E., 593-595, 599-602
 Avolio, B. J., 616-618
 Axelrod, A., 576-577
 Aylward, G. P., 155-157
 Azar, B., 133-134
 Baak, K., 249
 Babchuk, N., 730-731
 Babson, S. G., 160-161
 Babu, A., 115-116
 Bachman, J. G., 467
 Bachman, R., 571-572
 Bachrach, C., 408-409
 Bachu, A., 412-413
 Backett, K., 573-574
 Baddeley, A. D., 371-372
 Baer, K., 678-679
 Baghurst, R. A., 282-283
 Bagwell, C. L., 422
 Bailey, A., 123-124
 Bailey, J.M., 414-415
 Bailey, M. D., 260-261
 Bailey, W. T., 241-242, 573-574
 Baillargeon, R., 206-211, 286-287
 Baird, A. A., 457-458
 Baird, D. D., 103-104

- Bajema, C. J., 358-359
 Bakeman, R., 194-195
 Baldereschi, M., 685-686
 Baldwin, A., 304-305
 Baldwin, C., 304-305
 Baldwin, D. A., 253-254
 Ball, O. E., 393-395
 Ballard-Barbash, R., 357-358
 Baltes, P. B., 48-49, 57-58, 78-79, 687-689, 691-692, 696-698, 705, 707-708, 713-714
 Bandura, A., 72-73, 323-328, 337-338, 344, 417-418, 423-424, 463-464, 469-470
 Banerjee, M., 292-293
 Banks, D. A., 673-674
 Banks, E., 238-239
 Banks, J. A., 57-58
 Banner, C., 683-684
 Barager, J. R., 313
 Barbaranelli, C., 463-464
 Barber, B. K., 495, 496-497
 Barber, B. L., 405-406, 411-412, 497, 498
 Bardoni, B., 105-106
 Barinaga, M., 685-686
 Barkley, R. A., 390-393
 Barlow, D. H., 425-426
 Barlow, S. E., 358-359
 Barnat, S. B., 202-203
 Barnes, H. V., 307-308
 Barnett, R. C., 636, 644-645
 Barnett, W. S., 307-308, 506-507
 Barnhart, M. A., 648-649, 722, 724
 Baron, C. H., 749-750
 Barr, P. A., 117
 Barr, R., 202-203
 Barrett, J. F. R., 149
 Barrett, K. C., 179-180, 253-254
 Barrett, R. L., 414-415
 Bartecchi, C. E., 521
 Barth, R. P., 409-410
 Bartlett, S. J., 358-359
 Bartoshuk, L. M., 128-129, 175
 Bartsch, K., 199-200
 Baruch, G., 643-644
 Bashore, T. R., 689-690
 Basinger, K. S., 460, 462-463
 Bass, J. L., 283-284
 Bass, S. A., 415-416, 652-653
 Bassuk, E. L., 282-284
 Bateman, D., 134
 Bates, E., 213-217
 Bates, J. E., 332-335, 342, 347, 407-408, 424-425, 444-445
 Bateson, M. C., 63-64
 Batshaw, M. L., 113-116
 Baum, A., 602-605
 Baumeister, R. F., 526-527, 562-563
 Baumrind, D., 332-336, 483-484, 496-497
 Baumwell, L., 220-222
 Baxter, J., 133-134
 Bayclar, N., 259-260
 Bayley, N., 192-194
 Beach, D., 372-374
 Beal, C. R., 327-328
 Beall, A. E., 563-564
 Beardslee, W. R., 253-254
 Bearison, D. J., 456-457
 Beauchamp, G. K., 128-129, 175
 Beauvais, A. L., 280-281
 Becker, A. E., 448-451
 Becker, G. S., 641-642
 Becker, J. B., 441-442
 Beckwith, L., 206-207
 Bedford, V. H., 649, 651, 732-734
 Beeghly, M., 234, 342
 Behrman, R. E., 104-105, 138-140, 155, 165-166, 362-363, 392-393, 442-443
 Beidel, D. C., 425-426
 Beintema, D. J., 152
 Belbin, R. M., 591-592
 Bell, J., 663
 Bell, M. A., 211-212
 Bell, R., 523
 Bell, S., 232-233
 Bellinger, D., 134-135
 Belsky, J., 238-239, 251, 263-265, 340, 574-575
 Belt, P., 157-158
 Beltramini, A. U., 275
 Bem, S. L., 323-324
 Bendersky, M., 134
 Benenson, J. F., 330-331
 Benes, F. M., 170-171
 Bengtson, V. L., 649, 651, 653-654, 722, 724, 731-732
 Ben Hamida, S., 564
 Bennett, J., 114-116
 Benson, J. B., 179-180, 199-200, 204-205, 207-211
 Bentler, M. P., 322
 Berendes, H. W., 131-132
 Berendt, I., 275-276
 Berenson, G. S., 357-359
 Berg, C. A., 532-534, 611-613
 Bergeman, C. S., 119-122
 Berger, R. M., 566-567, 729-730
 Berget, A., 136
 Bergman, A. B., 364-365
 Bergman, Ingrid, 551-552, 554
 Berk, L. E., 296-297
 Berk, R. A., 344
 Berkeley Growth and Guidance Studies, 47-49
 Berkowitz, G. S., 134-135
 Berkowitz, R. L., 134-135
 Berndt, A. E., 241-242
 Berndt, T. J., 501, 502
 Bernhardt, P. C., 322
 Bernstem, G. A., 425-426
 Bernstem, J., 547
 Bernzweig, J., 337-338
 Berrueta-Clement, J. R., 307-308, 506-507
 Berry, C., 453-454
 Berry, M., 409-410
 Berscheid, E., 577-578
 Bersoff, D. M., 538
 Bertenthal, B., 179-182
 Best, D. L., 321-322
 Beumont, P. J. V., 450-451
 Beyene, Y., 596
 Beyette, B., 703-704
 Bianchi, S. M., 412-413, 569
 Biederman, J., 132-133
 Biegel, D. E., 648-649, 651
 Biehar, M. C., 246-247
 Bielby, D., 538
 Bierman, K. L., 347, 419-420
 Biesecker, G. E., 281-282
 Bigbee, M. A., 422
 Bijur, P. E., 282-283
 Binet, A., 191-193, 196-197, 374-375
 Bingham, K., 333
 Binkley, M., 546
 Binstock, R. H., 666
 Birch, H. G., 122-123, 236-237
 Birch, L. L., 273-274
 Birch, S. H., 308-309
 Bird, K., 703-704
 Birmaher, B., 426-428
 Birren, J. E., 592-593, 689-690
 Bittman, M., 357-358
 Bivens, J. A., 296-297
 Bjorklund, D. F., 78-80, 202-203, 372-374
 Black, A. E., 334
 Black, J. E., 173, 174
 Black, M. M., 56-57
 Blackburn, G., 518-519
 Blackburn, J. A., 692-693
 Blackhurst, D. W., 134
 Blackman, A., 623-624
 Blair, S. N., 520
 Blanchard-Fields, F., 532-534, 611-613, 691-692, 709-710
 Blanksten, G., 1, 313
 Blass, E. M., 175, 190
 Blazer, D. G., 686-687
 Blieszner, R., 640-641, 691-692
 Blizzard, L., 161-162
 Block, J., 554-555
 Blood, T., 623-624
 Bloom, B., 282-283
 Bloom, H., 437
 Bloom, S. L., 155-156
 Blumenthal, J. A., 681-682
 Blyth, D. A., 445-446, 480-481, 502
 Bobinski, M., 684-685
 Bobrow, D., 414-415
 Bode, J., 296-299
 Bodnar, A. G., 671
 Bodrova, E., 328-332
 Boersma, E. R., 165
 Bograd, R., 728-729
 Boivin, M., 423-424
 Bolger, K. E., 406-407
 Bolla, K. I., 523
 Boller, K., 93, 190-192
 Bolling, L., 211-212
 Bolton, P., 123-124
 Bond, C. A., 271
 Bond, J. T., 576-577, 605-607
 Bondi, M. W., 684-685
 Booth, A., 411-412
 Bootzin, R. R., 340
 Bornstein, M. H., 133-134, 176, 193-194, 204-207, 220-222, 303-304
 Bortz, W. M., II, 679-680
 Bosi, G. J., 525-526
 Bosma, H., 605-606
 Boss, P., 709-710
 Bossé, R., 725-726
 Boston, B. O., 395-396
 Bosworth, H. B., 725-726
 Botwinick, J., 687-689
 Bouchard, C., 121-122
 Bouchard, T. J., 121-123
 Boudreau, J. P., 58-59, 176
 Boukydis, C. F. Z., 213-214
 Boulton, M. G., 573-574
 Boulton, M. J., 423-425
 Bouza, A. V., 344, 572-573
 Bower, B., 290-291
 Bowes, W. A., 147
 Bowlby, J., 77-78, 246-247
 Boyman, L. A., 347-348
 Brabant, S., 732-733
 Bracher, G., 489
 Brackbill, Y., 147-149
 Bradford, J., 642-643
 Bradley, C. B., 358-359
 Bradley, L., 381-382
 Bradley, R., 194-195
 Bradley, S. J., 322-323
 Brady, C., 55-56
 Braine, M., 216-217
 Brandes, J. M., 530-531
 Brandt, B., 746-747
 Brandt, J., 448-449
 Brass, L. M., 121-122
 Brassard, M. R., 342-343
 Braun, A. R., 219-220
 Braungart, J. M., 195-196, 237-238
 Braungart-Rieker, J., 253-254
 Braver, S. L., 413-414, 577-579
 Bray, D. W., 616-617
 Bray, J. H., 407-408, 410-414
 Brayfield, A., 405-406
 Brazelton, T. B., 153
 Breaux, C., 239-243, 248
 Bremner, W. J., 595-597, 679-680
 Brener, N. D., 504
 Brennan, P., 283-284
 Brennenman, K., 297-298
 Breslow, L., 518
 Bretherton, I., 216-217, 249, 329-330
 Briley, M., 605-606
 Briss, P. A., 279-280
 Britto, P. R., 55-56
 Broadfield, D. C., 219-220
 Broadhurst, D. D., 341-342
 Brock, D. W., 749-750
 Brockert, J. F., 490, 493
 Brodersen, L., 250
 Brody, G. H., 335-336, 384-385, 406-407, 417-418, 495
 Brody, J. E., 127-128
 Brody, L. R., 176
 Brocizinsky, D., 408-409
 Broman, S. H., 147-149
 Bronfenbrenner, U., 54-55, 78-82, 264-265, 341-342, 379-380, 403-407, 506-507
 Bronik, M. D., 371-372
 Bronner, E., 386-387
 Bronstein, P., 243-245, 384-385, 407-409, 454-456
 Brooks, J., 255
 Brooks, M. G., 282-283
 Brooks-Gunn, J., 55-57, 155-158, 192-194, 259-260, 378-379, 406-407, 441-442, 444-446, 490, 493-494
 Broude, G. J., 51-52, 149, 164-167, 181-182, 231-232, 234, 241-242, 275, 368-370, 569-572
 Brouillette, R. T., 160-161
 Browder, J. P., 136
 Brown, A. L., 286-287, 457-458
 Brown, B. B., 501-502
 Brown, E., 290-292

- Brown, J., 241-242, 290-291
 Brown, J. L., 129-130, 281-282
 Brown, J. M., 587
 Brown, J. R., 317-318
 Brown, J. T., 741-742
 Brown, L. A., 678-679
 Brown, L. J., 357-358
 Brown, L. M., 480-482
 Brown, N. M., 55-56
 Brown, R., 134-135, 530-531
 Brown, R., 380-382
 Brown, S. S., 138-139, 155
 Browne, A., 342-343
 Brownell, K., 518-519
 Brozan, N., 598-599
 Brubaker, T. H., 569-570, 726-727, 745-746
 Bruce, J., 412-413, 547
 Bruck, M., 300-302
 Bruell, M. J., 300-301
 Bruner, A. B., 448-449
 Bruner, J., 82-83
 Brunner, E., 518-519
 Brust, J. C. M., 134
 Bryant, D. M., 195-196, 262-263, 304-305
 Bryant, P., 368-369, 381-382
 Bryantwaugh, R., 449-450
 Bryden, M. R., 321-322
 Bryk, A., 222
 Bryson, K., 412-413, 415-416
 Buchanan, C. M., 441-442
 Buckner, J. C., 282-284
 Buhmester, D., 417-418, 421-422, 499, 500, 502
 Bukowski, W., 330-331, 422-424, 502
 Bulcroft, K., 729-730
 Bulcroft, R. A., 729-730
 Bulik, C. M., 451-452
 Bullock, M., 286-287
 Bumpass, L., 646-647
 Burchinal, M. R., 195-196, 262-263, 265-266, 304-305, 384-385
 Burhans, K. K., 318-319
 Buriel, R., 57-58, 334
 Burkhauser, R. V., 717-718
 Burleson, B. R., 419-420
 Burn, R., 358-359
 Burns, A., 412-413, 577-578
 Burns, George, 713-714
 Burns, J., 136-137, 282-283
 Burns, W., 133-134
 Burton, L. M., 654-655
 Burton, R. R., 132-133
 Burton, R. V., 182-183
 Burts, D. C., 336-337
 Bushnell, E. W., 58-59, 176
 Busnel, M. C., 214-215
 Buss, D., 564
 Busse, E. W., 667-668
 Busse, T. V., 393-395
 Bussey, K., 323-328
 Buswell, B. N., 481-482
 Butler, R., 749-751
 Butterfield, S. A., 360-361
 Butterworth, G., 199-200
 Wibio, N. O., 358-359
 Byrnes, J. P., 77-78
 Cabral, H., 133-134
 Cadigan, R. J., 569
 Cadwell, S., 744-745
 Cain, K. M., 402-403
 Cain, W. S., 591-592
 Caldwell, B., 194-195
 Calkins, S. D., 248, 251
 Call, K. T., 467
 Call, V., 569-570
 Callahan, C. M., 393-394
 Callahan, D., 749-750
 Callan, V., 574-576
 Calle, E. E., 518-519
 Calment, Jeanne, 672-674
 Camargo, C. A., 522-523
 Camp, C. J., 611-613, 685-686, 693-695
 Campbell, F. A., 195-196, 304-305
 Campbell, J., 539, 541
 Campbell, S. B., 253-254
 Campbeld, L. A., 358-359, 520
 Campione, J. C., 457-458
 Campos, J., 179-182, 247-248, 253-254, 316-317
 Camras, L. A., 234
 Canadian Early and Mid Trimester Amniocentesis Trial (CEMAT) Group, 136-137
 Canizzo, S. R., 372-374
 Cantor, J., 338-339
 Cao, A., 114-116, 130-131
 Cao, G., 518
 Capage, L., 292-293
 Caplan, D., 220
 Caplan, M., 261
 Capon, N., 611-613
 Caprara, G. V., 463-464
 Capute, A. J., 213-214
 Caraballo, R. S., 521
 Carbery, J., 562-563
 Cargan, L., 565-566
 Carlson, E., 246-247, 251
 Carlson, S. M., 292-294
 Caro, F. G., 415-416
 Carpenter, M. W., 130-131
 Carper, R., 371-373
 Carraher, D. W., 368-369
 Carraher, T. N., 368-369
 Carrera, M. A., 489
 Carriger, M. S., 192-194, 204-206
 Carruth, B. R., 165-166
 Carskadon, M. A., 447-448
 Carson, J. L., 347-348
 Carstensen, L. L., 639-640, 709-710, 712-714, 724-728, 745-746
 Carta, J., 194-195, 222
 Carter, D. B., 323-324
 Carter, James Earl ("Jimmy"), 703-704, 708
 Carter Center, 703
 Cartwright, B. S., 292-293
 Carvalhal, J. B., 132-133
 Casaer, R., 165-168
 Case, R., 76-78, 315-316, 374-375
 Casella, J. E., 448-449
 Casey, B. M., 155-156
 Casper, L. M., 415-416, 654-655
 Caspi, A., 237-239, 467, 553-556
 Cassei, C., 673-674
 Cassidy, J., 249, 393-394
 Castaneda, C. J., 748-749
 Castro, M. A., 147
 Catalano, R. F., 452-453, 489
 Catsambis, S., 406-407
 Cattell, J. M., 191-192
 Cattell, R. B., 607-609
 Cavanaugh, J. C., 693-694
 Ceci, S. J., 300-302, 375-376, 378-380, 609-610
 Celebucki, C., 453-454
 Celis, W., 342
 Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University (CASA), 453-454, 526-527
 Center on Elderly People Living Alone, 647-648, 720-722
 Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 131-133, 147, 161-162, 357-358, 518-519, 747-748
 Cerhan, J. R., 725-726
 Cernkovich, S. A., 494
 Cernoch, J. M., 175
 Chafetz, M. D., 694-695
 Chagnon, Y. C., 121-122
 Chaika, H., 176
 Chalfie, D., 415-417, 654-655
 Chambre, S. M., 718-719
 Chan, R. W., 414-415
 Chan, S. Q., 57-58
 Chandler, M., 291-292
 Chandler, R., 213-216
 Chandra, A., 408-409, 484-485
 Chang, C., 368-369
 Chang, S., 359-360
 Chao, R., 334-335, 386-388
 Chapieski, M. L., 256-257
 Chapman, M., 335-336, 366-367
 Chappell, N. L., 720
 Chase-Lansdale, P. L., 412-413
 Chasnoff, I., 133-134
 Chavez, C. J., 133-134
 Chehab, F. F., 441-442
 Chen, C., 386-388, 464, 466, 496-497
 Chen, L., 132-133
 Chen, S., 247-248
 Chen, X., 239-240, 419-421
 Cherlin, A., 412-413, 415-416, 652-655, 734-735
 Chernick, A. B., 322-323
 Cherry, K. E., 693-694
 Chervenak, F. A., 137-138
 Cheskin, L. J., 358-359
 Chess, S., 122-123, 236-238, 241-242
 Cheung, L., 155, 449-450
 Cheung, M. C., 137-138
 Children's Defense Fund, 280-284, 307-308, 405-406, 484-490, 493
 Chin, N., 105-106
 Chinsky, J., 372-374
 Chiriboga, C. A., 134, 602-604
 Chiriboga, D., 629-631, 644-645
 Chisholm, G., 249
 Chisholm, J. S., 250
 Chisholm, K., 174
 Chissell, J. T., 602-604
 Chiu, L., 322
 Cho, N.-H., 134-135
 Chochinov, H. M., 749-750
 Choi, K.-H., 569-570
 "Cholesterol: New Advice," 518-519
 Chomitz, V. R., 155
 Chomsky, C. S., 379-380
 Chomsky, N., 218-220
 Chorpita, B. R., 425-426
 Christie, D., 449-450
 Christie, J. E., 328-331
 Chubb, N. H., 480-481
 Chugani, H. T., 165-166, 173
 Chumlea, W. C., 442
 Chused, E., 133-134
 Chussid, S., 273-274
 Cicchetti, D., 234, 342, 361-362, 426-427
 Cicirelli, V. G., 416-418, 646-649, 651, 732-734
 Citro, J., 722, 724
 Clark, A., 380-382
 Clark, M., 366-367
 Clarke, C., 122-123
 Clarke, N. G., 160-161
 Clarke, S. C., 641-642
 Clarke-Stewart, K. A., 247-248, 263-264
 Clark-Plaskie, M., 589-590
 Clarkson-Smith, L., 681-682
 Clausen, J., 90-91, 445-446, 554
 Clay, R. A., 544, 604-605
 Clayton, R., 143
 Cleiren, M. R., 733-734
 Clément, K., 357-358, 441-442
 Cleveland, L. E., 357-358
 Clifton, R. K., 200-201, 205-206, 209-211
 Clingempeel, G., 499
 Clinkenbeard, R., 377-378
 Clyde, W. A., 279
 Cobrinick, R., 133-134
 Cochrane, J. A., 161-162
 Coffey, C. E., 675-676
 Coffey-Corina, S. A., 220-222
 Cohen, B., 248
 Cohen, H. J., 363-364
 Cohen, K. M., 182-183
 Cohen, L. B., 209-211
 Cohen, R. A., 282-283
 Cohen, S., 206-207, 602-604
 Cohn, J. E., 252-254
 Coie, J. D., 319-321, 336-338, 342, 419-420, 422-426
 Coke, M. M., 709-710
 Colburne, K. A., 330-331
 Colby, A., 460, 462, 611-612, 632-633
 Colditz, G. A., 449-450, 600-601
 Cole, K., 297-298
 Cole, R. M., 253-254, 338-339
 Cole, T. B., 454-455
 Coleman, C. C., 347-348
 Coleman, J., 466, 468, 500
 Coletta, E., 165-166
 Coley, R. L., 410-413
 Collaris, R., 338-339
 Collier, V. R., 388-390
 Collins, J. G., 362-363
 Collins, J. W., Jr., 155
 Collins, N. L., 560-562
 Collins, R. A., 323-324
 Collins, P. E., 210-211
 Collins, R. C., 307-308

- Collins, W. A., 493-494
 Colombo, J., 192-193, 204-207
 Colter, B. S., 347-348
 Coltrane, S., 327-328
 Commonwealth Fund Commission on Elderly People Living Alone, 716, 720-721
 Comuzzie, A. G., 520
 Concorde, J. R., 123-124
 Conel, J. L., 170-171
 Conference Board, 545
 Conger, J. J., 486-487, 489
 Conger, R. C., 496
 Conger, R. D., 49-50, 445-446, 570-571
 Connell, F. A., 147
 Connidis, I. A., 649, 651, 732-733
 Connolly, G. N., 453-454
 Cook, A., 357-358
 Cook, E. H., 123-124
 Cooksey, E., 410-412
 Coon, H., 195-196
 Coons, S., 165-166
 Cooper, H., 383-384, 386-387
 Cooper, K. L., 637-638, 644-645
 Cooper, R. P., 129-130, 176, 223-224
 Cooper, R. S., 601-604
 Coplan, R. J., 330-331
 Corbet, A., 155-156
 Corbin, C., 275-276
 Corder, E. H., 684-685
 Corey, L., 134-135
 Corley, R., 122-123
 Corliss, J., 684-685
 Cornelius, S. W., 611-613
 Corns, K. M., 249, 259-260
 Corter, C., 345
 Costa, P. T., Jr., 553-555, 559-560, 625-626, 629-930, 705-706, 708
 Costello, S., 271
 Coster, W. J., 342
 Costigan, K. A., 128-129, 237-238
 Coulehan, C. M., 248
 Council on Scientific Affairs, 440
 Couzin, J., 673-674
 Cowan, G., 321-322
 Cowan, N., 371-372
 Cox, A., 298-299
 Cox, J., 395-396
 Cox, M. J., 248
 Coy, K. C., 257-258
 Coyle, T. R., 372-374
 Cradock-Watson, J. E., 134-135
 Craft, M. J., 280-281
 Craig, P., 410-412
 Craik, F. I. M., 693-695
 Crain-Thoreson, C., 224-225, 297-298
 Cramer, D., 414-415
 Crane, D. R., 577-578
 Crane, M. M., 134
 Cratty, B. J., 359-360
 Crawford, Karen, 399
 Crespo, C. J., 358-359
 Crick, N. R., 422-423
 Crijnen, A. A. M., 424-425
 Crimmins, E. M., 717-718
 Crittenden, P. M., 247-248
 Crnic, K., 238-239
 Crockenberg, S., 347-348
 Cromwell, J., 521
 Cronk, C., 200-201
 Cross, D., 199-200
 Crouter, A. C., 405-407, 447-448, 498, 576-577
 Crow, J. F., 136
 Crowley, S. L., 416-417, 593-594
 Crown, W. H., 666
 Cruttenden, L., 199-200
Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, 747-748
 Cullum, C. M., 684-685
 Culnane, M., 134
 Cumming, E., 711-712
 Cummings, E. M., 336-337, 411-412
 Cummings, P., 279-280
 Cunningham, A. S., 165
 Cunningham, F. G., 134-135
 Curry, A. E., 463-464
 Curtin, S. C., 136-137, 146, 147, 149, 153, 155-156
 Curtiss, S., 60
 Curwin, A., 220-222
 Cutler, N. E., 647-648
 Cutler, S. J., 661-662
 Cutrona, C., 730-731
 Cutz, E., 160-161
 Cvetanovski, J., 606-607
 Cymerman, E., 294-295
 Cytrynbaum, S., 637-638
 Czaja, A. J., 716
 Czegledy-Nagy, E. N., 160-161
 Czeisler, C. A., 675-676
 Daily, C. M., 548
 Daiute, C., 382-383
 Dale, P. S., 224-225, 297-298
 Dallal, G. E., 358-359
 D'Alton, M. E., 137-138
 Daly, L. E., 130-131
 Dambrosia, J. M., 146, 147
 Damon, W., 460, 462, 611-612
 Dan, A. J., 594-595
 Daniel, M. H., 374-375, 377-378
 Daniel, N., 395-396
 Daniels, D., 120-121
 Daniels, M., 122-123
 Darling, N., 334-335, 505
 Darlington, R. B., 307-308
 Darwin, Charles, 187-188
 Darwin, William Erasmus (Doddy), 187-189, 199-200, 215-216
 Dasen, P. R., 368-369
 Dauber, S. L., 383-384
 Davalos, M., 253-254
 David, R. J., 155
 Davidson, J., 328-329, 428-429
 Davidson, M. H., 520
 Davidson, N. E., 600-601
 Davidson, R. J., 250
 Davies, M., 451-452, 537-538
 Davies, P. T., 411-412
 Davis, B. E., 161-162
 Davis, C. C., 261
 Davis, D. L., 128-129
 Davis, J. O., 118-119
 Davis, K. E., 562-563
 Davis, M., 243-245
 Davis, N. S., 275
 Davis, T. L., 293-294
 Dawson, D. A., 407-408, 452-453
 Dawson, G., 174, 253-254
 Dawson-Hughes, B., 599-600
 Day, J. C., 463-464, 547
 Deane, K. E., 247-248
 Decarie, T. G., 199-200
 DeCasper, A. J., 129-130, 176, 214-215
 DeCherney, A. H., 137-138
 DeFries, J. C., 122-123, 195-196, 220-222, 237-238
 DeHaan, L. G., 630-631
 Deich, S., 405-406
 Deinard, A. S., 177
 Dekovic, M., 419-420
 Delaney, E., 732-734
 Delaney, S., 732-734
 de Lange, T., 671
 DeLoache, J. S., 285-286, 455-456
 Deloria, D., 307-308
 DeMaris, A., 494, 572-573, 576-577
 Demo, D. H., 405-406, 411-412
 Denckla, M. B., 322
 Denney, N. W., 611-613
 Denny, F. W., 279
 Denton, K., 502
 Derevensky, J. L., 222-223
 Desmond, E. W., 615-616
 Deutsch, H., 593-594
 Devlin, B., 122-123
 DeVos, J., 207-209
 Devos, R., 358-359
 de Vries, B., 731-732
 DeVries, R., 370-371
 Dewey, K. G., 165
 DeWolf, M., 247-248, 336-337
 Deykin, E. Y., 743-744
 D'Harcourt, C., 145
 Diamond, A., 174, 199-200, 211-212
 Diamond, M., 322-323
 Diaz, R. M., 388-390
 Dickens, Charles, 750-751
 Dick-Read, G., 147-149
 Didow, S. M., 261
 Dieffi, M., 691-692, 709-710
 Dien, D. S. R., 539, 541
 Diet, W. H., 273-274, 358-359, 448-449
 DiFranza, J. R., 132-133
 DiGiulio, J. F., 744-745
 DiLalla, L. R., 122-123
 Dimant, R. J., 456-457
 Dimiceli, S., 147-149
 DiPietro, J. A., 128-129, 237-238
 Dishion, T. J., 468-469, 505, 507-508
 Divon, M., 155-156
 Dixon, R. A., 692-693, 695-696
 Dlugosz, L., 132-133
 Dodge, K. A., 319-321, 332-333, 334-338, 342, 347, 407-408, 419-420, 422-426, 444-445
 Doherty, W. J., 453-454
 Doka, K. J., 734-735
 Dolan, M. A., 570-571
 Dolby, R. M., 147-149
 Don, A., 131-132
 Dong, Q., 345-346
 Donohue, B. C., 390-392
 Dooley, S. L., 134-135
 Doris, J., 342
 Dornbusch, S. M., 464, 466, 505
 Dorris, A., 101-102
 Dorris, M., 101-102
 Dougherty, D. M., 446-447
 Dougherty, L. M., 234
 Dougherty, T. M., 205-207
 Dove, H., 181-183
 Dovidio, J. R., 418-419
 Dowden, A., 202-203
 Down Syndrome Collaborative Group, 114-116
 Drake, C., 364-365
 Dreher, M., 133-134
 Dreyfus, H. L., 610-611
 Drumm, P., 457-458
 Drummey, A. B., 199-200
 Duarte, Juan, 313-314
 Dubrow, N., 428-429
 Duggan, A. K., 448-449
 Duke, R., 445-446
 Dumas-Hines, R., 402-403
 Duncan, G. J., 55-56, 193-194, 378-379, 406-407
 Duncan, H. H., 712-713
 Dundy, E., 143
 Dunham, E., 220-222
 Dunham, R. J., 220-222
 Dunlosky, J., 694-695
 Dunn, A. L., 520
 Dunn, J., 259-260, 290-291, 317-318, 416-417
 Dunne, R. G., 364-365
 DuPont, R. L., 338-339
 Durand, A. M., 149-150
 DuRant, R. H., 447-448, 453-454, 489, 504
 Durlak, J. A., 749-750
 Duskin, Rita, 703
 Dustman, R. E., 679-680
 Dweek, C. S., 318-319, 402-403
 Dwyer, T., 161-162
 Dychtawald, K., 666
 Dykstra, P. A., 562-563, 728-729, 731-732
 Dylla, D. J., 409-410
 Eastell, R., 599-602
 Easterbrooks, M. A., 242-243
 Easterling, T. R., 147
 Eastman, R., 661
 Eastman, P., 601-602
 "Eating Disorders-Parts I and II," 448-451
 Eaton, W. O., 243-245
 Eberly, S., 281-282
 Eby-Wilkens, E., 147
 Eccles, J. S., 385-386, 405-406, 411-412, 441-442, 495-498
 Echeland, Y., 123-124
 Eck, L. H., 273-274
 Eckenrode, J., 342
 Eckerman, C. O., 261
 Edison, Thomas, 390-391, 614-615
 Edlin, B. R., 528
 Edson, L., 614-615
 Edwards, B., 342-343
 Edwards, C. R., 462-463
 Edwards, K. I., 450-451

- "Effective Solutions for Impotence,
" 595-597
- Egbuono, L., 281-282
- Egeland, B., 248,342-343
- Ehrhardt, A. A., 322-323
- Eiberg, H., 275-276
- Eiden, R. D., 249,259-260
- Eiger, M. S., 165
- Eimas, P., 176, 204-205, 219-220
- Eisen, M., 487-488
- Eisenberg, A. R., 404-405
- Eisenberg, I., 133-134
- Eisenberg, L., 108-109,577-578
- Eisenberg, N., 319-321,335-338,
347,403-404,430-431
- Eisenbud, L., 324-326
- Elde, C. L., 409-410
- Elder, G. H., 48-50,445-446,467,
499
- Eley, J. W., 602-604
- Elia, J., 390-393
- Elias, S., 137-138
- Elicker, J., 250,251
- Elkind, D., 305-306,427-428,457-
459,477,481-483
- Elliott, D. S., 446-447,506-507
- Elliott, E. M., 371-372
- Ellis, A. W., 381-382
- Ellis, B. J., 444-445
- Ellis, K. J., 357-358,442-443
- Ellis, L., 483-484
- Ellison, C. G., 710-711
- Ellsworth, R. A., 381-382
- Emanuel, I., 132-133
- Emde, R. N., 71, 237-238,253-254
- Emery, R. E., 408-409
- Emory, E., 243-245
- Engels, H., 678-679
- Engle, P. L., 239-240,241-243,248
- English and Romanian Adoptees
(ERA) Study Team, 174
- Englund, M., 250
- Enns, L. R., 243-245
- Ensminget, M. E., 156-157
- Entwise, D. R., 382-386
- Eppler, M. A., 181-182
- Epstein, A. S., 307-308
- Epstein, E., 564
- Epstein, R. A., 749-750
- Erdley, C. A., 402-403,422-423
- Erdrich, L., 101-102
- Erikson, E. H., 65-67,69-72,243-
246,255-256,317-318,401-403,
477-478,480-481,483, 539-540,
555-557,626-627,630-631,696-697,
707-708, 750-751
- Erikson, J. M., 71
- Eriksson, P. S., 168-170,676-677
- Ernst, M., 390-392
- Eron, L. D., 423-424
- Espinosa, M. P., 358-359
- Esser, G., 206-207
- Essex, M. J., 728-731
- Ettema, J. S., 327-328
- Ettinger, B., 600-601
- European Collaborative Study,
134-135
- Evans, G., 136
- Evans, J., 327-329,650
- Evans, N., 453-454
- Evans, S. E., 136-137
- Everson, R. B., 136
- Ewigman, B. G., 136-137
- Fabes, R. A., 319-321, 335-338,
347,403-404
- Fagan, J. E., 205-206
- Fagen, J., 204-205
- Fagot, B. I., 243-245,250, 326-328,
330-331
- Faison, S., 345-346
- Falbo, T., 345-346
- Falco, F. L., 88-89
- Falkner, D., 475
- Fanaroff, A. A., 155-156
- Fanos, J. H., 117
- Fantz, R. L., 204-205
- Faraone, S. V., 132-133
- Farkas, A., 453-454
- Farmer, A. E., 123-124
- Farol, P., 170-171
- Farrell, M. P., 629-930
- Farrer, O. A., 684-685
- Farrow, J. A., 453-454
- Farver, J. A. M., 331-332
- Fawcett, G. M., 572-573
- Feagans, L., 390-392
- Federal Bureau of Investigation,
503-504
- Federal Glass Geiling Commission,
547, 548,605-606
- Federal Interagency Fórum on
Child and Family Statistics, 281-
283
- Fein, G. G., 329-330
- Fein, S. B., 165
- Feiner, R. D., 466,468
- Feldhusen, J. F., 395-396,468-469
- Feldman, H. A., 595-597
- Feldman, J. E., 205-206
- Feldman, R., 256-257
- Feldman, R. D., 385-386, 395-396
- Feldman, R. S., 342
- Felson, D. T., 600-601
- Fels Research Institute Study, 47-48
- Ferdman, B. M., 388-390
- Fergusson, D. M., 165,275,280-281
- Fernald, A., 200-201,216-217,222-
223
- Ferraro, K. R., 716
- Ferry, L. H., 521
- Fertman, C. I., 480-481
- Fetters, L., 133-134
- Fiatarone, M. A., 678-679
- Fidler, V., 165
- Field, A. E., 449-450
- Field, D., 647-648, 705, 731-732,
745-746
- Field, T., 155-156,247-248,253-254,
261
- Fields, J. M., 386-387,406-407
- Fifer, W. R., 129-130,176
- Finch, C. E., 671-673
- Finch, M. D., 467
- Fine, M. A., 579-580
- Finkelhor, D., 342-343
- Finlay, Anna Victoria, 408-409
- Finn, J. D., 469-470
- Finn, R., 515
- Fischel, J. E., 296-297
- Fischer, K., 166-167,315-316
- Fish, M., 248
- Fisher, C. B., 93-95
- Fisher, D. M., 180-181
- Fisher, R. L., 427-428
- Fisher, S., 427-428
- Fitch, B. R., 133-134
- Fitzsimmons, C. M., 215-216
- Fivush, R., 299-303
- Flake, A. W., 137-138
- Flavell, E. R., 91-92,290-291,293-
294
- Flavell, J., 76-77,91-92,202-203,
218-219,290-294,366-367,371-374,
456-458
- Fleming, J. S., 384-385
- Fletcher, A. C., 505
- Fletcher, R., 359-360
- Flieller, A., 456-457
- Flint, M., 596
- Flor, D., 335-336,384-385,495
- Flores, J., 313-314
- Fluoxetine-Bulimia Collaborative
Study Group, 450-452
- Flyrin, J. R., 303-304
- Foch, T. X., 164-165
- Foley, M. A., 79-80
- Folkman, S., 709-710
- Fontanel, B., 145
- Ford, D. Y., 395-396
- Ford, R. P., 132-133,160-161
- Forehand, R., 505
- Forman, D. R., 256
- Forrest, J. D., 138-139
- Forteza, J. A., 545,606-607
- Fossei, M., 673-674
- Foster, M. R., 372-374
- Foster-Clark, F. S., 502
- Fowler, J., 539-540, 710-711
- Fowler, M. G., 428-429
- Fox, N. A., 77-78,211-212,248,250-
251,253-254, 300,302-303
- Fox, N. E., 251
- Fraga, C. G., 136
- Fraiberg, S., 143
- Fraleigh, M. J., 464,466
- Frank, Anne, 437-438,442-445,454-
455,457-460,462
- Frank, D. A., 133-134
- Frank, M. A., 133-134
- Frankenburg, W. K., 177,178
- Franklin, A., 211-212
- Frantz, C. E., 625-626, 637-638
- Fraser, A. M., 490,493
- Fraser, N., 313
- Fravel, D. L., 409-410
- Frazier, J. A., 308-309
- Freedman, D. G., 173,238-239
- Freedman, D. S., 357-359
- Freedman, M., 238-239
- Freeman, D., 88
- Freeman, E. W., 528,529
- Freiberg, P., 604-605
- French, J., 329-330
- Fretts, R. C., 134-135
- Freud, S., 65-71, 73-74,299-300,
322-323,493-494,555-556,625-626
- Frey, K., 174
- Friedan, B., 661,703-704,711-712
- Friedland, R. R., 676-677
- Friedman, H., 155-156,705-706
- Friedman, J. M., 358-359
- Friedman, L. J., 477
- Friedman, R. J., 338-339
- Friedmann, P. D., 523
- Friend, M., 293-294
- Friend, R. A., 729-730
- Frigoletto, F., 147
- Frith, U., 45
- Frodi, A. M., 241-242
- Frodi, M., 241-242
- Fromkin, V., 60
- Fromm, Erich, 551
- Frone, M. R., 575-576
- Fry, A. R., 371-372
- Frydman, O., 368-369
- Fuchs, C. S., 522-523
- Fuchs, D., 378-379
- Fuchs, L. S., 378-379
- Fulgini, A. J., 387-388,464,466,495-
497
- Fulker, D. W., 122-123,195-196,205-
206,237-238
- Fulton, R., 740-741
- Furman, L. J., 357-358
- Furman, W., 347,419-422,499-500
- Furrow, D., 296-297
- Furstenberg, F. R., 415-416,466,468,
486,490,493
- Furth, H. G., 328-329
- Fuson, K. C., 287-288
- Gabbard, C. R., 165-166,171-
173
- Gabriel, T., 530-531
- Gaddis, A., 444-445
- Gaertner, S. L., 418-419
- Galambos, N. L., 236-237,497,498
- Galanello, R., 114-116
- Galasso, L., 291-292
- Gale, J. L., 161-162
- Galen, B. R., 422
- Gallagher, W., 589-590,592-593,
598-599
- Gallagher-Thompson, D., 650
- Gallistel, C. R., 287-288
- Gallo, J. J., 686-687
- Galotti, K. M., 366-367
- Galton, Francis, 191-192
- Gandhi, M., 587-588, 609-610
- Gannon, P. J., 219-220
- Gans, J. E., 442-443,447-448
- Gansky, S. A., 358-359
- Ganzini, L., 749-750
- Gapstur, S. M., 601-602
- Garasky, A., 412-413
- Garbarino, J., 342,428-429
- Garber, J., 444-445
- Garcia, E. E., 388-390
- Garcia-Coll, C., 122-123
- Gardiner, H. W., 149,159-160,164-
165,181-182,368-370,456-458,
565-567,569,575-576
- Gardner, H., 375-377,587-588,613-
614
- Garfinkel, B. D., 425-426

- Garland, A. E, 743-744
 Garland, J. B., 179-180
 Garmezy, N., 342-343
 Garmon, L. C., 462-463
 Gamer, B. P., 329-330
 Garner, D. M., 449-450
 Garner, P. W, 315-316
 Garofalo, R., 447-448
 Garside, D., 522-523
 Gartner, L. M., 150-151
 Garvin, R. A., 296-297
 Garwood, M. M., 253-254
 Garyantes, D., 368-369
 Gatsonis, C. A., 134-135
 Gauger, K., 417-418
 Gauvain, M., 365-366
 Ge, X., 445-446,499
 Gearhart, M., 287-288
 Geary, D. C, 331-332,390-392
 Gecas, V, 500
 Geddes, C. M, 390-391
 Geen, R. G., 423-424
 Gelfand, D. M, 253-254
 Celler, J. A, 572-573
 Gelles, R. J., 572-573
 Gelman, R., 286-288,295-298,368-369
 Gelman, S. A., 286-288
 Gendell, M., 717-718
 Genesee, R, 222
 Genevay, B., 730-731
 George, C, 249
 George, L. K., 686-687
 George, T. P, 419-420,422
 Gerbner, G., 452-453
 Gerhard, G. S., 671,673-674
 Gerstein, D. R., 452-453,498
 Gersten, M. S., 342
 Gertner, B. L., 297-298
 Gervai, J., 319-322, 326-328
 Gesell, A., 182-183
 Getzels, J. W, 393-395,614-615
 Geula, C, 684-685
 Giambra, L. M., 694-695
 Gibbons, J., 122-123
 Gibbons, L. E., 161-162
 Gibbons, S., 330-331
 Gibbs, J. C., 460,462-463,497,504
 Gibbs, N., 537,537-538
 Gibson, E. J., 180-182,205-206
 Gibson, J. J., 180-182
 Gibson, M. J., 680-681
 Gibson, R., 165
 Gidycz, C. A., 565
 Gielen, U., 538
 Gilbert, L. A., 575-577
 Gilbert, S., 149-150
 Gilbert, W. M., 147
 Gilford, R., 640-641, 727-728
 Gill, T. M., 678-679
 Gilligan, C., 457-458,462-463,480-482,537-538,541-542,555-556
 Gillman, M. W, 518
 Gilpin, E., 453-454
 Ginsburg, G. S., 384-385,454-456
 Ginsburg, H. R, 386-387,390-392
 Ginzberg, E., 616-617
 Ginzburg, N., 355
 Giordano, P. C, 494, 501
 Giovannucci, E., 518
 Gladue, B. A., 483-484
 Glasgow, K. L., 464,466
 Glass, T. A., 712-714
 Gleitman, H., 222-223
 Gleitman, L. R., 222-223
 Glenn, John H., Jr., 661-662
 Glick, P. C, 565-566
 Gold, D., 497
 Gold, D. P, 690-691
 Gold, D. T., 733-734
 Goldberg, J. D., 137-138
 Goldberg, W. A, 242-243,406-407
 Goldberg, Whoopi, 390-391
 Goldenberg, R. L., 129-131
 Goldin-Meadow, S., 215-216, 220
 Goldman, A., 143
 Goldman, M. B., 134-135
 Goldsmith, D., 166-167
 Goldstem, A. O., 452-453
 Goldstein, L, 595-597, 670-671
 Goleman, D., 275-276,300-301,537-538,563-564,602-604
 Golinkoff, R. M., 294-295
 Golomb, C, 291-232
 Golombok, S., 414&15,483-484,531
 Gönçü, A., 211-212
 Gonyea, J. G., 719
 Gonzalez, A., 160-161
 Goode, E., 589-590
 Goodman, G., 300-302, 366-367, 408-409
 Goodman, R. A., 279-280
 Goodnow, J. J., 256, 332-333, 335-336
 Goodwin, R., 329-330
 Goodwyn, S. W, 215-216
 Goodz, E., 222-223
 Gopnik, A, 217-218
 Gordon, I, 449-450
 Gordon, R., 300,302-303
 Gordon, W, 369-370
 Gorman, K. S., 359-360
 Gorman, M., 55-56
 Gortmaker, S., 132-133,448-450
 Gostin, L. O., Ell, 748-749
 Goswarm, U., 286-287
 Gottesman, I, 123-124
 Gottfried, A. E., 384-385
 Godfried, A. W, 384-385
 Gottlieb, A., 284-285
 Gottlieb, M. B., 128-129
 Gottman, J. M, 411-412, 569-570
 Gottman, J. S., 414-415
 Goubet, N., 200-201,209-211
 Gould E., 168-170,676-677
 Gourde, C, 200-201
 Gove, E, 251
 Grabe, J. A., 444-447
 Gralinski, H., 255
 Granger, R. H., 133-134
 Granier-Deferre, C, 214-215
 Grant, B. F, 452-453
 Grantham-McGregor, S., 359-360
 Graubard, B. L, 131-132
 Graziano, A. B., 368-369
 Graziano, M. S. A., 168-170
 Greathouse, S., 383-384
 Greek, A., 259-260
 Green, A. P, 241-242
 Green, F. L., 91-92,290-291,293-294
 Green, L. W, 452-453
 Greenbaum, C. W, 256-257
 Greenberg, J., 732-733
 Greenberger, E., 406-407,467,496-497
 Greenhouse, J. B., 281-282
 Greenhouse, L., 654-655
 Greenough, W. T., 173
 Greenstem, T. N., 576-577
 Greenwood, C., 194-195, 222
 Gregg, V., 460,462-463
 Grether, J. K., 146,147
 Grigorenko, E. L., 385-386
 Grinspoon, S. K., 448-450
 Grizzle, K. L., 386-387
 Grodstein, E, 600-601
 Groenwoud, J. H., 749-750
 Gross, C. G., 168-170
 Gross, R. T., 157-158,445-446
 Grossman, D. C, 279-280
 Grossman, J. B., 290-291
 Grossman, K., 241-242
 Grotevant, H. D., 409-410
 Grotper, J. K., 422-423
 Gruber, A., 640-641
 Gruber, H. E., 187-188
 Gruber-Baldini, A. L., 690-691
 Grubman, S., 134-135
 Grummer-Strawn, L. M., 165
 Grundy, S. M., 680-681
 Grupe, A., 664-665
 Grusec, J. E., 256,332-333,335-336
 Guacci-Franco, N., 57-58
 Guberman, S. R., 287-288, 368-369
 Guilford, J. R, 393-395
 Guilleminault, C, 165-166
 Guillelmoprieto, A., 313
 Guisez, Y, 358-359
 Gulko, J., 330-331
 Gullette, M. M., 589,597-598
 Gunnar, M. R., 250
 Gunter, B., 422-424
 Guralnick, P, 143
 Gurrin, L., 132-133
 Gutmann, D., 711-712
 Guyer, B., 139-140,149-150
 Guzick, D. S., 530-531
 Haas, S. M., 642-643
 Hack, M., 155-156
 Hackman, R., 160-161
 Haddow, J. E, 134-135,137-138
 Haden, C, 300-303
 Hadley, P. A., 297-298
 Hagan, R., 243-245
 Hagestad, G. O., 653-654
 Haight, W, 222
 Haine, R. A., 300-302
 Haith, M. M, 175,176,199-200, 204-211
 Hakuta, K., 388-390
 Hala, S., 291-292
 Halaas, J. L., 358-359
 Hale, S., 371-372
 Halfon, N., 363-364
 Hall, D. R., 568
 Hall, E, 555-556
 Hall, G. S., 47-48,493-494
 Halpern, D. E, 319-322
 Halpern, S. R, 149
 Haltiwanger, J., 318-319
 Halverson, C. E, 323-324
 Hamer, D. E, 483-484
 Hamilton, C. E, 263-264
 Hammer, M, 342
 Hampson, J. G., 322-323
 Hampson, J. L., 322-323
 Handyside, A. H., 137-138
 Hanna, E, 202-203
 Hans, S. L., 257-258,333
 Hanson, L. 750-751
 Hardy-Brown, K., 220-222
 Harkness, S., 241-242
 Harland, B. E, 132-133
 Harley, E. E, 131-132
 Harlow, H. E, 240-241
 Harlow, M., 240-241
 Harmer, S., 290-292
 Harmon, R. E, 253-254
 Harnishfeger, K. K., 372-374
 Haroutunian, V., 683-684
 Harper, R. M, 160-161
 Harrell, J. S., 358-359
 Harris, E, 503-504
 Harris, J. J., 147, 395-396
 Harris, J. R., 164-165
 Harris, M. L., 250
 Harris, P. L., 290-292
 Harrison, A. Cl., 57-58
 Harrison, J., 422-424
 Harrit, A. W, 347,424-425
 Hart, B., 193-195, 222
 Hart, C. H, 336-339, 347-348,419-420
 Hart, D., 554-555
 Hart, S. N., 253-254,342-343
 Harter, S., 315-319,401-403
 Hartford, J., 229
 Hartford, R. B., 161-162
 Hartmann, D. P, 419-420,422
 Hartmann, E, 275
 Hartshorn, K., 190-191
 Hartup, W. W, 347,382-383,417-423,502,505,562-563,643-644, 729-732
 Harvey, E, 262-263
 Harvey, J. H, 409-410,412-413,560-562,564
 Haskett, M. E., 342
 Haskins, R., 307-308
 Haslett, S. J., 480-481
 Hatano, G., 287-288
 Hatcher, P. J., 381-382
 Hatcher, R., 133-134
 Hatzichristou, C, 501
 Haugaard, J. J., 408-409
 Haugh, S., 321-322
 Haupt, B. J., 740-741
 Hauser, W. A., 134
 Haviland, J., 252
 Hawkins, H. L., 681-682
 Hawkins, J., 147-149,452-453,489, 507-508
 Hay, D. E, 261
 Hayes, A., 113-116
 Haylick, L., 670-671
 Hayne, H., 202-203
 Haynes, O. M., 248,249
 Hayward, M. D., 717-718
 He, J., 521

- Health Care Financing Administration, 282-283
 Healy, B., 524-525
 Heard, D., 143
 Heath, D. L., 573-574
 Heath, G. W., 447-448
 Heath, S. B., 378-379
 Heikkiia, M., 105-106
 Heinig, M. J., 165
 Heishman, S., 521
 Heller, R. B., 693-694
 Hellewell, T. B., 79-80
 Hellström, A., 131-132
 Helms, J. E., 378-379, 387-388
 Helson, R., 47-48, 560-562, 589-590, 625-626, 629-631, 636-639, 644-645
 Hembrooke, H., 300-302
 Hemingway, H., 599-600
 Henderson, C. R., 132-133
 Henderson, V. K., 248
 Hendin, H., 749-750
 Henkel, L. A., 695-696
 Henker, F. O., 594-595
 Henly, W. L., 133-134
 Henrich, J. B., 600-601
 Henrichon, A. J., 292-293
 Henschel, M., 210-211
 Heraclitus, 45
 Herman-Ciddens, M. E., 341-342, 441-443
 Hernandez, D. J., 55-56
 Herrling, S., 489
 Herrnstein, R. J., 378-379
 Hertsgaard, L., 250
 Hertzog, M. E., 275
 Hertzog, C., 687-689, 695-696
 Herzog, A. R., 712-714
 Herzog, D. B., 448-451
 Hespos, S. J., 207-209
 Hessel, D., 174
 Hetherington, E. M., 407-415, 499
 Hetzel, B. S., 130-131
 Hewlett, B. S., 239-243
 Heyman, R. E., 571-572
 Heyns, B., 406-407
 Hibbard, D. R., 417-418
 Hiedemann, B., 640-642
 Hill, D., 174, 253-254
 Hill, J. O., 518-519
 Hill, J. R., 493-494
 Hill, K. G., 489
 Hill, R. D., 681-682
 Hillman, L. S., 166-167
 Hills, A., 282-283
 Hilton, S. C., 128-129
 Hiltz, P. J., 664-665
 Himes, C. L., 722
 Hinds, T. S., 132-133
 Hines, A. M., 410-414
 Hines, M., 322
 Hirsch, H. V., 174
 Hirschhorn, K., 115-116
 Hirsh-Pasek, K., 294-295
 Hiruma, N., 338-339
 Hix, H. R., 293-294
 Hjertholm, L., 296-297
 Ho, C. S.-H., 287-288
 He, D., 664-665
 Ho, W. C., 271
 Hobbins, J. C., 137-138
 Hodges, E. V. E., 423-425
 Hodgson, D. M., 128-129, 237-238
 Hoek, H. W., 129-130
 Hofferth, S. L., 262-263, 359-361, 403-406, 421-423, 428-429
 Hoffman, C., 321-322, 390-391
 Hoffman, H. J., 166-167
 Hoffman, H. T., 161-162
 Hoffman, L. W., 247-248, 370-371, 498
 Hoffman, M. L., 319-321, 333, 370-371
 Hoffmann, J. P., 452-453, 498
 Hofmann, V., 251
 Hogue, C. J. R., 155
 Holme, E. A., 214-215
 Holberg, C. J., 165
 Holcomb, R., 405-406
 Holden, C., 666
 Holden, G. W., 334-335
 Holloway, B. R., 279-280
 Holloway, R. L., 219-220
 Holloway, S. D., 306-307
 Holmes, L. D., 88
 Holmes, T. H., 602-605
 Holt, V. L., 147
 Holtzman, N. A., 117
 Holtzworth-Munroe, A., 571-573
 Home, J., 650
 Honig, A. S., 347-348
 Hood, R., 133-134
 Hooker, K., 728-729
 Hooper, F. H., 241-242
 Hooper, S. R., 193-194, 303-304
 Hopf, D., 501
 Hopfensperger, J., 470-471
 Hopkins, B., 181-183
 Hopper, J. L., 521
 Horan, J. M., 155
 "Hormone Therapy," 600-601
 Horn, J. C., 667-668
 Horn, J. L., 607-609, 689-690, 693-696
 Horowitz, F. D., 72
 Horton A. M., 523, 686-687
 Horvath, T. B., 591-592
 Horwitz, A. V., 526-527
 Horwitz, B., 390-392
 Horwood, L. J., 165, 275
 Hossain, Z., 241-242
 Hossler, A., 393-394
 Houck, K., 165-166
 House, S. J., 526-527, 643-644
 Householder, J., 133-134
 Howe, M. L., 372-373
 Howes, C., 263-264, 329-330, 422
 Hoyer, W. T., 609-611
 Hoyert, D. L., 107-108, 454-455, 490, 517, 521, 524-528, 598-602, 683-684
 Hrubec, Z., 164-165
 Hsu, L. K. G., 451-452
 Hu, N., 483-484
 Hu, S., 483-484
 Hu, Y., 526-527
 Huang, G. G., 388-390
 Hubbard, F. O. A., 232-233
 Hudgins, R., 133-134
 Hudson, J., 299-300, 451-452
 Huebrier, R. R., 234
 Huesmann, L. R., 423-424
 Hughes, J. R., 521
 Hughes, M., 288-290
 Hughes, M. L., 466, 468
 Hughes, M. R., 137-138
 Huisman, M., 165
 Hull, H. E., 134-135
 Hulme, C., 381-382
 Hultsch, D. E., 690-692, 694-695
 Humphrey, L. L., 450-451
 Hunsaker, S. L., 393-394
 Hunt, C. E., 160-162
 Huntsinger, C. W., 387-388
 Huston, A., 298-299, 423-424
 Huttenlocher, J., 199-200, 222, 294-295, 368-369, 379-380
 Huttly, S., 132-133
 Huyck, M. H., 637-638, 727-728
 Hwang, C. P., 241-242
 Hwang, S. J., 129-130
 Hyde, J. S., 481-482
 Hyle, R., 259-260
 Iannotti, R. J., 336-337
 Igarashi, E., 126-127
 Ilersich, A. L., 175
 Imaizumi, S., 133-134
 Infant Health and Development Program (IHDP), 156-158, 194-195
 Ingham, P. W., 123-124
 Ingoldsby, B. B., 569
 Ingram, D. D., 138-139
 Inhelder, B., 288-290, 366-367
 Institute of Medicine (IOM), 117
 Isaacsohn, J. L., 121-122
 Isaacson, G., 137-138
 Isabella, R., 247-248, 253-254
 Ishii, N., 673-674
 ISLAT Working Group, 529-531
 Isley, S., 347-348
 Itard, Jean-Marc-Gaspard, 45-46
 Ito, S., 131-132
 Iverson, J. M., 215-216
 Ivey, P., 239-240
 Ivy, G. O., 694-695
 Izard, C. E., 234, 248-249, 252
 Jack, C. R., Jr., 684-685
 Jacklin, C., 147-149, 243-245, 319-321
 Jackson, D. W., 457-458
 Jackson, P. W., 393-395
 Jackson, R. S., 273-274, 357-358
 Jacobsen, T., 251
 Jacobson, J. L., 131-132, 251
 Jacobson, L., 385-386
 Jacobson, S. W., 131-132
 Jacobvitz, D., 342-343
 Jacques, E., 629-930
 Jacques, P. F., 358-359
 Jacquet, R. C., 294-295
 Jadack, R. A., 542
 Jagers, R. J., 333
 Jain, D., 241-242
 James, J. B., 637-639
 James, J. H., 381-382
 James, W., 175
 Jankowiak, W., 242-243
 Janowsky, J. S., 205-207, 371-373
 Janssens, J. M. A. M., 419-420
 Jarrell, R. H., 328-329
 Jarrett, N., 199-200
 Jaslow, C. K., 486-487, 489
 Jay, M. S., 489
 Jean, C., 160-161
 Jefferson, J. W., 686-687
 Jeffery, H. E., 160-161
 Jelliffe, D. B., 165
 Jelliffe, E. F. P., 165
 Jendrek, M. P., 654-655
 Jensen, A. R., 378-379
 Jerger, J., 677-678
 Ji, B. T., 136
 Ji, G., 345-346
 Jiao, S., 345-346
 Jing, Q., 345-346
 Joffe, A., 448-449
 Johnson, C. L., 416-417, 724-727, 731-733
 Johnson, J. E., 328-330
 Johnson, M. H., 58-59, 211-212
 Johnson, M. J., 209-211
 Johnson, M. M. S., 611-613
 Johnson, M. O., 423-424
 Johnson, R. A., 452-453, 498
 Johnson, R. L., 124, 126-127
 Johnson, S. J., 592-593
 Johnson, S. L., 273-274
 Johnson, S. R., 361-362
 Johnson, Samuel, 578-579
 Johnson, T. E., 673-674
 Johnson, T. R. B., 128-129, 237-238
 Johnston, J., 327-328
 Johnston, L. D., 522-523
 Jones, C. L., 641-642
 Jones, H. W., 529
 Jones, J., 132-133
 Jones, M. C., 445-446
 Jones, N. A., 253-254
 Jones, S. S., 202-203
 Jordan, B., 149
 Jordan, G. H., 595-597
 Jose, P. E., 387-388
 Josh, R., 241-242
 Josphura, K. J., 682-683
 Jouriles, E. N., 572-573
 Joyce, T., 134
 Jung, C. G., 625-627, 637-638, 711-712
 Jusczyk, P. W., 176, 213-217
 Jussim, L., 385-386
 Kaback, M., 114-116
 Kaestle, C. E., 381-382
 Kagan, J., 122-123, 238-239
 Kahana, B., 653-654
 Kahle, L. L., 357-358
 Kahn, R., 358-359, 638-639, 725-726
 Kahn, Y., 170-171
 Kail, R., 371-372
 Kaiser, M. A., 716
 Kaler, S. R., 193-194
 Kalish, C. W., 286-287
 Kalkoske, M., 248
 Kalmuss, D. S., 572-573
 Kamin, L. J., 378-379
 Kan, Y. W., 137-138
 Kandel, D. B., 132-133, 451-452
 Kane, S. R., 328-329
 Kann, L., 447-448

- Kannus, P., 678-679
 Kaplan, D. W., 446-447
 Kaplan, H., 181-183
 Kaplan, N., 249
 Kaplowitz, P. B., 441-445
 Karlinsky, H., 684-685
 Karney, B. R., 728-729
 Karus, D., 451-452
 Kasari, C., 123-124
 Kaste, L. M., 357-358
 Katchadourian, H., 591-598, 668-669, 674-675
 Katz, J., 175
 Katz, L. F., 411-412
 Katz, S., 670-671
 Katzev, A. R., 408-409
 Katzman, R., 88-89
 Kaufman, A. S., 377-378
 Kaufman, J., 342-343
 Kaufman, N. L., 377-378
 Kaufman, T. S., 654-655
 Kausler, D. H., 693-694
 Kawachi, I., 521, 602-604, 639-640
 Kaye, W. H., 451-452
 Kean, J., 133-134
 Kear, D. J., 381-382
 Kearsley, R. B., 204-205
 Keeble, S., 208-209
 Keegan, R. T., 187-188, 613-614
 Keel, P. K., 450-451
 Keeney, T. J., 372-374
 Keith, B., 410-413
 Keith, P. M., 732-733
 Kelleher, K. J., 157-158
 Keller, Helen, 229-230, 236-237
 Keller, M. B., 450-451
 Kelley, M. L., 241-245
 Kellogg, R., 278
 Kelly, D., 160-161, 538
 Kelly, J. B., 410-412, 578-579
 Kelly, J. R., 712-713, 718-719
 Kemp, J. S., 161-162
 Kempe, C. H., 341-342
 Kemper, T. L., 675-676
 Kendall-Tackett, K. A., 253-254, 342-343
 Kendler, K. S., 449-451
 Kendrick, C., 259-260
 Kennell, J. H., 149-150, 241-242
 Kenny, R., 79-80
 Kermoian, R., 179-180
 Kernan, M., 399-400
 Kerns, K. A., 131-132
 Kerrebrock, N., 358-360
 Kessel, S., 447-448
 Kessen, W., 176
 Keyes, C. L. M., 635-636
 Kiecolt-Glaser, J. K., 526-527, 602-604, 728-729
 Kiely, J. L., 159-160, 280-281
 Kier, C., 345
 Kiernan, K. E., 412-413
 Kim, Y. K., 331-332
 Kimball, M. M., 327-328
 Kimmel, D., 626-627, 642-644, 729-730
 Kimmerly, N. L., 248
 King, B. M., 414-415, 529, 565-567, 594-597
 King, C., 453-454
 Kinney, H. C., 160-161
 Kinsella, K., 716-718
 Kinsman, S., 486
 Kintsch, A. S., 365-366
 Kirby, D., 487-489
 Kirke, P. N., 130-131
 Kirsch, I. S., 546
 Kisilevsky, B. S., 128-129, 253-254
 Kispert, A., 105-106
 Kistner, J. A., 342
 Kitson, G. C., 577-579
 Kivett, V. R., 653-654
 Kivnick, H. Q., 71
 Kiwi, R., 133-134
 Klar, A. J. S., 277
 Klaus, M. H., 149-150, 241-242
 Klebanov, P. K., 155-157, 192-195, 378-379
 Klebold, D., 503-504
 Klein, K., 505, 507-508
 Klein, P. J., 202-203
 Kleinberg, E., 160-161
 Kleinman, J. C., 138-139, 155
 Klesges, L. M., 273-274
 Klesges, R. C., 273-274
 Klibanski, A., 448-450
 Kliegman, R., 133-134
 Kline, D. W., 591-592, 676-678
 Kling, K. C., 481-482, 709-710
 Klinger, L. G., 174, 253-254
 Klinnert, M. D., 253-254
 Klohn, E. C., 629-631
 Klonoff-Cohen, H. S., 160-161
 Knight, E. M., 132-133
 Knoop, R., 605-606
 Kobelin, C., 147
 Kochanek, K. D., 107-108, 159, 454-455
 Kochanska, G., 256-260, 347-348
 Kochenderfer, B., 347-348, 425-426
 Kodzis, S., 283-284
 Koehlin, E., 544
 Koenig, A. L., 257-258
 Koenig, H. G., 539-540, 709-711
 Koepsell, T. D., 279-280
 Kogan, M., 138-139, 393-395
 Kohlberg, L., 296-297, 322-324, 370-371, 457-463, 537-539, 541, 611-612
 Kohn, M. L., 544, 616-618
 Koinis, D., 293-294
 Koivula, L., 675-676
 Kolaric, G. C., 497
 Kolata, G., 137-138, 600-601, 673-674
 Kolb, S., 182-183
 Kolbert, E., 338-339
 Komatsu, L. K., 366-367
 Kopka, T. L. C., 545
 Kopp, C. B., 193-194, 205-206, 255-257
 Koren, G., 131-132, 175
 Korner, A., 147-149, 237-238
 Kornhaber, A., 651-653
 Korte, D., 149-150
 Kosmitzki, C., 149, 368-369
 Kosnik, W., 591-592
 Kostelny, K., 342, 428-429
 Kosterman, R., 489
 Kottak, C. P., 378-379, 566-567, 569-571
 Koutstaal, W., 694-695
 Koverola, C., 342-343
 Kozma, C., 117
 Krach, C. A., 664-665
 Kraemer, H. C., 147-149, 358-359
 Krall, E. A., 599-600
 Kramarow, E., 664, 669-671, 680-682, 717-718, 720-722
 Kramer, A. E., 681-682
 Kramer, L., 333
 Kramer, M., 153-155, 280-281
 Kramer, T. L., 502
 Krashen, S., 60
 Krasilnikoff, P. A., 136
 Kratochwill, T., 340
 Krause, N., 710-711
 Krauss, S., 123-124
 Krebs-Smith, S. M., 357-358
 Kreiter, S. R., 453-454
 Kresnow, M., 279-280
 Kreutzer, M., 372-374
 Krevans, J., 497, 504
 Krieger, D., 603-604
 Krishnakumar, A., 56-57
 Kristen, E., 566-567
 Kristensen, R., 358-359
 Kristof, N. D., 136-137, 345-346, 697-698
 Kroenke, K., 525-526
 Kroger, J., 477, 480-481, 486
 Kromholz, H., 360-361
 Krone, W., 358-359
 Kroonenberg, P. M., 246-247
 Krowchuk, D. R., 453-454
 Krowitz, A., 181-182
 Krueger, J., 629-930
 Krug, E. G., 504, 746-747
 Kruger, A. C., 222
 Ku, L. C., 486-487, 490
 Kübler-Ross, E., 739, 740-742, 749-750
 Kucera, E., 259-260
 Kuczynski, L., 256-257
 Kuhn, P. K., 213-215, 222-224
 Kuhn, D., 456-457
 Kujala, U. M., 520
 Kumar, C., 587
 Kupermine, G. P., 489
 Kupersmid, J. B., 384-385, 406-407, 419-420
 Kupfersmid, J., 460, 462
 Kurdek, L. A., 411-412, 566-567, 574-575
 Kurosawa, Akira, 750-751
 Kutner, N. G., 678-679
 Kuttner, R., 606-607
 Kwasnik, D., 392-393
 Kwon, J. H., 123-124
 Kye, C., 426-427
 Kyriacou, D. N., 571-572
 Labouvie, E., 523
 Labouvie-Vief, G., 531, 532, 709-710
 Lacerda, E., 213-215
 Lachman, J. L., 693-694
 Lachman, M. E., 589-590, 629, 711-712
 Lachs, M. S., 722, 724
 Lackmann, G. M., 132-133
 Ladd, G. W., 308-309, 347-348, 419-420, 425-426
 LaGasse, L. L., 133-134
 Lagercrantz, H., 146, 147
 Lai, J. S., 678-679
 Laird, M., 342
 Lalonde, C. E., 213-215
 Lamaze, E., 147-149
 Lamb, M. E., 239-245, 251, 260
 Lamberg, L., 675-676
 Lamberts, S. W. J., 671
 Lamborn, S. D., 496-497, 501-502
 Lamy, P. R., 682-683
 Lancaster, M., 386-387
 Landau, L. I., 136-137
 Landesman-Dwyer, S., 132-133
 Lando, B., 345
 Landy, F. J., 716
 Lane, H., 45-46, 58-59
 Lange, G., 298-299
 Langer, A., 181-182
 Langer, J., 209-211
 Lanphear, B. R., 281-282
 Lansford, J. E., 421-422, 725-726
 Lanting, C. I., 165
 Lapham, E. V., 117
 Lapinski, R. H., 134-135
 Laquatra, J., 722-724
 Larner, M. B., 306-307, 392-393
 LaRossa, R., 573-574
 Larsen, D., 416-417, 654-655
 Larson, K., 748-749
 Larson, M. C., 250
 Larson, R., 447-448, 493-494, 730-731
 La Sala, M. C., 642-643
 Lash, J. R., 229-230
 Lask, B., 449-450
 Lasquade, C., 330-331, 347-348
 Latimer, E. J., 749-750
 Laucht, M., 206-207
 Lauer, J., 641-642
 Laumann, E. O., 527-528, 565-566, 569-570, 595-597
 Launer, L. J., 683-686
 Laursen, B., 493-497, 499-502
 Lavee, Y., 640-641
 Lavori, R. W., 450-451
 Lawler, 602-604
 Lazarus, R. S., 708, 709
 Leaper, C., 243-245
 Le Bars, R. L., 685-686
 LeBoff, M. S., 682-683
 Lecanuet, J. R., 129-130, 214-215
 LeClere, E. B., 362-363
 Le Couteur, A., 123-124
 Lederman, S. A., 159-160
 LeDoux, J., 234-235
 Lee, G. R., 647-649, 731-733
 Lee, I.-M., 520
 Lee, J., 386-387, 729-730
 Lee, M. A., 748-749
 Lee, R. R., 520
 Lee, S. Y., 386-387
 Lee, Y., 331-332
 LeGerfo, J. P., 147
 Lehman, D. R., 543-544
 Leibel, R. L., 121-122, 273-274
 Leichtman, M. D., 300-302
 Leiderman, P. H., 464, 466

- Leigh, B. C., 522-523
 Leighton, B. L., 149
 Leinbach, M. D., 326-328
 Lelwica, M., 252
 Lemish, D., 222
 Lemon, B., 712-713, 730-731
 Lerner, K., 498
 Lenneberg, E. H., 58-60, 213-214
 Lennox, A., 684-685
 Lenz, E., 597-598, 663
 Leonard, C., 372-373
 Leong, D. J., 328-332
 Lerman, C., 521
 Lerner, J. V., 236-237
 Lerner, M. J., 649, 651
 Lesch, K. P., 122-123
 Lesgold, A. M., 609-610
 Lesko, J. G., 137-138
 Leslie, A. M., 208-209
 LeSouf, P. N., 132-133
 Lessen-Firestone, J., 133-134
 Lester, B. M., 133-134, 213-214
 Lester, R., 136
 Letola, J., 671-672
 LeVay, S., 483-484
 Leve, L., 327-328, 330-331
 Leveno, K. J., 134-135, 155-156
 Levenstein, S., 602-604
 Leventhal, J. M., 136
 Leventhal, T., 56-57
 Levi, L., 604-605
 Levin, J. S., 709-710
 Levine, J. A., 490, 493
 LeVine, R. A., 88, 239-240, 628
 Levine, S., 368-369, 379-380
 Levinson, D., 47-48, 539-541, 555-558, 626-627, 629-930
 Levinson, W., 599-602
 Leviton, A., 134-135
 Levitt, J. L., 57-58
 Levitt, M. J., 57-58
 Levron, J., 529
 Levy, G. D., 323-324
 Levy-Cushman, J., 695-697
 Levy-Shiff, R., 409-410, 574-575
 Lew, R. A., 132-133
 Lewin, G., 484-485
 Lewin, T., 547
 Lewinsohn, P., 425-426, 445-446, 696-697
 Lewis, C., 345
 Lewis, M., 133-135, 231-232, 234-235, 255-257, 750-751
 Lewit, E., 358-360
 Leyendecker, B., 239-240
 Li, D., 419-421
 Liaw, E., 156-158
 Liberman, A. M., 381-382
 Liberman, I. Y., 381-382
 Lichtenberg, P. A., 686-687
 Lickliter, R., 79-80
 Lie, E., 300, 302-303
 Lieberman, E., 155
 Lieberman, M., 460, 462
 Liebman, B., 518-519, 525-526
 Lieu, T. A., 447-448
 Lifshitz, E., 165-166
 Light, L. L., 693-694
 Lightfoot-Klein, H., 440
 Likun, Qian, 697-698
 Lim, L. L., 547
 Lim, M. E., 441-442
 Lin, G., 647-648, 731-732
 Lin, L., 345-346
 Lin, Y., 673-674
 Lindauer, B. K., 372-374
 Lindbergh, Anne Morrow, 587
 Lindblom, B., 213-215
 Lindegren, M. L., 134
 Lindenberger, U., 48-49, 366-367
 Linder, C. W., 489
 Linder, K., 546
 Lindsay, J. J., 383-384
 Lindwer, W., 437
 Linney, J. A., 468-469
 Lino, M., 575-576
 Lipcamon, J., 322
 Lipid Research Clinics Program, 518-520
 Lipper, E. G., 155-156
 Lipsitt, L., 57-58
 "Listening to Depression: The New Medicines," 686-687
 Litt, I. F., 489
 Livne, Mi., 161-162
 Livson, N., 445-446
 Lloyd, B., 329-330
 Lloyd, T., 448-449
 Lock, A., 213-216
 Lock, M., 589, 593-594, 596-598, 601-602
 Loeber, R., 341-342, 504
 Long, P., 505
 Longino, C. E., 670-671
 Lonigan, C. J., 296-299
 Looft, W. R., 65-66
 Loomis, C. C., 402-403
 Loovis, E. M., 360-361
 Lorenz, E. O., 499
 Lorenz, K., 77-78, 240-242
 Lorschach, T. C., 372-374
 Louik, C., 130-131
 Louis Harris & Associates, 486-487, 489, 575-576
 Lourenco, O., 456-457
 Lourie, A., 347-348
 Lovelace, E. A., 693-695
 Low, A., 271, 271-272
 Low, J. A., 128-129
 Lowenthal, M., 730-731
 Lowry, R., 504
 Lozoff, B., 165, 275
 Lu, R., 441-442
 Luafer, E., 124, 126-127
 Luecke-Aleksa, D., 323-324
 Lugaila, T. A., 407-408, 412-413
 Luke, B., 130-131
 Lummis, M., 386-387
 Lund, D. A., 648-651, 720-722, 724, 741-742, 744-746
 Lundy, B., 253-254
 Luner, L. J., 598-599
 Luster, T., 384-385, 486-487
 Luszc, M. A., 694-695
 Luther, E. R., 147
 Lutjen, R., 530-531
 Lykins, M. S., 210-211
 Lyman, R., 101-102
 Lynn, J., E 50
 Lyon, T. D., 300-302
 Lyons, T., 222
 Lyons-Ruth, K., 251
 Lytton, H., 327-328
 Ma, Y. C., 282-283
 MacArthur Foundation Research Network on Successful Midlife Development, 589-590
 Maccoby, E. E., 243-245, 319-323, 330-331, 334, 404-406, 410-412
 MacDermid, S. M., 406-407, 635-636
 MacDonald, S., 202-203
 MacDonald, W. L., 579-580
 MacDorman, M. F., 159-160
 Maefarlane, A., 175
 MacFarquhar, N., 440
 Machado, S. E., 297-298
 MacKinnon, C. E., 298-299
 Macklin, K. D., 521
 MacMillan, H. M., 332-333
 Madon, S., 385-386
 Madura, D., 133-134
 Magnuson, V. L., 483-484
 Maguire, M. C., 498
 Mahalski, P. A., 275
 Mahoney, M. J., 137-138
 Main, M., 246-247, 249, 250
 Makrides, M., 165
 Makuc, D., 138-139
 Malcolm, A. H., 747-748
 Mandel, D. R., 213-215
 Mandler, J., 208-211
 Mangan, P. A., 211-212
 Mangelsdorf, S. C., 250
 Manion, L., 342-343
 Mann, J., 418-419
 Manning, W. D., 565-566, 568
 Mannle, S., 222
 Manosevitz, M., 292-293
 Mansfield, R. S., 393-395
 Manson, J. E., 518-519, 599-600
 Manton, K. G., 668-669
 Maratsos, M., 295-296
 Marche, T. A., 372-373
 Marcia, J. E., 479-481, 630-632
 Marcoen, A., 251, 647-649
 Marcon, R. A., 306-307
 Marcus, B. H., 521
 Marcus, G. F., 213-215
 Marentette, P. F., 220
 Margand, N. A., 248
 Margolin, L., 597-598
 Markestad, T., 161-162
 Markman, E. M., 215-217
 Markman, H. J., 569-570
 Markoff, J., 134-135
 Markovitz, J. H., 602-604
 Markowitz, M., 282-283
 Marks, N. F., 641-643, 648-649, 744-745
 Marks, R. A., 365-366
 Markus, H., 630-631
 Marling, K. A., 143-144
 Marquis, J., 296-299
 Marriott, C., 290-292
 Marshall, E., 117
 Marshall, V. W., 712-713
 Marsiske, M., 688-689, 713-714
 Martier, S. S., 131-132
 Martikainen, P., 744-745
 Martin, C. L., 321-328
 Martin, J. A., 104-105, 136-137, 153-156, 159-161, 334, 668-670, 746-747
 Martin, L. G., 714-715
 Martin, P., 720-721
 Martinez, F. D., 165
 Marx, J., 685-686
 Marzolf, D., 250
 Masataka, N., 223-224
 Maslach, C., 605-606
 Maslow, A., 73-75, 625-626
 Masoro, E. J., 673-674
 Masse, L. C., 452-453
 Massey, C., 297-298
 Masten, A., 342-343, 410-412, 419-420, 422-423, 429-431
 Masters, W. H., 595-597, 679-680
 Mateer, C. A., 131-132
 Matheson, C. C., 263-264, 329-330
 Mathews, T. J., 136-137, 153-156
 Mathias, R., 451-453
 Matthews, K. A., 518, 594-595
 Matthews, S. H., 647-649
 Maugeais, R., 214-215
 Maurer, D., 205-206
 Maus, A. D., 521
 May, K. A., 241-242
 Mayer, J., 537
 Mayes, L. C., 133-134
 Mayeux, R., 600-601, 684-685
 Mayor, F., 166-167
 Mays, V. M., 566-567
 Maza, P., 408-409
 Mazzeo, R. S., 681-682
 McAdams, D. P., 629-633
 McAdams, L. A., 322
 McAdoo, H., 384-385
 McCabe, A., 300-302
 McCall, R. B., 192-194, 204-206
 McCann, I. L., 520
 McCartney, K., 119-122, 222
 McCartney, N., 678-679
 McCarton, C., 155-158, 192-193
 McClearn, G. E., 120-122, 164-165
 McClelland, J. L., 209-211
 McCord, J., 332-333, 505
 McCormack, M. K., 134-135
 McCormick, M. C., 155-158, 192-193
 McCrae, R. R., 553-555, 559-560, 705-706
 McCreary, R., 133-134
 McCue, J. D., 740-741, 744-745
 McDaniel, K. D., 275-276
 McDonald, D., 497
 McDonald, M. A., 358-359
 McFadden, S. H., 710-711
 McFadyen-Ketchum, S., 444-445
 McFall, S., 722
 McFarland, R. A., 592-593
 WGauhey, P. J., 156-157
 McGee, R., 392-393
 McGinness, G. C., 234
 McGue, M., 304-305, 523
 McGuffin, R., 120-121, 123-124
 McGuire, P. A., 544, 604-605
 McHale, S. M., 406-407
 McIntire, D. D., 155-156
 McIntosh, J. L., 746-747

- McKay, N. Y., 399-400
 McKenna, J. J., 166-167
 McKenna, M. C., 381-382
 McKenry, P. C., 571-573
 McKoy, R. H., 307-308
 McKinney, K., 386-387
 McKittrick, L. A., 685-686
 McLanahan, S., 411-412
 McLaughlin, I. G., 571-572
 McLean, F. H., 134-135
 McLeod, P. J., 223-224
 McLeskey, J., 386-387, 393-394
 McLoyd, V. C., 55-56, 193-194, 281-282, 406-407, 499
 McMahan, A. P., 105-106
 McMahan, M., III, 469-470
 McManus, M., 363-364
 McMichael, A. J., 282-283
 McMurray, R. G., 358-359
 McNeilly-Choque, M. K., 337-339
 McRoberts, G. W., 216-217
 McRoy, R. G., 409-410
 Mead, M., 63-64, 87-88, 90-91, 493-494
 Meck, B., 368-369
 Meck, E., 286-287
 Meehan, P. J., 746-747
 Megevand, M., 160-161
 Mehta, K. A., 283-284
 Meier, D., 468-469, 748-749
 Meier, R., 220
 Meltzoff, A., 200-203, 207-209
 Mendel, G., 105-107
 Mennella, J. A., 128-129, 175
 Merckelbach, H., 338-339
 Merikangas, K. R., 121-122
 Merriam, Eve, 475
 Merrill, S. S., 589-599, 603-604
 Mervia, M., 606-607
 Messinger, D. S., 253-254
 Metz, K. E., 457-458
 Metzger, B. E., 134-135
 Meyer, B. J. F., 611-613
 Meyer, D. R., 410-413, 578-579
 Meyers, T., 253-254
 Michael, C. A., 136-137
 Michael, R., 565-566, 568-570, 698-699
 Micheltmore, P., 393-395
 Michikawa, Y., 671-672
 Miedzian, M., 327-328
 Mifflin, L., 423-424
 Mikach, S., 414-415
 Milberger, S., 132-133
 Milkie, M. A., 575-576
 Miller, B. C., 486-487
 Miller, E., 134-135
 Miller, J. Y., 452-453
 Miller, K., 284-288, 455-456, 544
 Miller, L. J., 672-673
 Miller, P. A., 319-321
 Miller, P. C., 334-335
 Miller, P. D., 382-383
 Miller, P. H., 78-79, 202-203, 218-219, 371-372
 Miller, R. A., 671
 Miller, S. A., 202-203, 218-219, 371-372
 Miller, V., 177
 Miller-Jones, D., 378-379
 Mills, D. L., 220-222
 Mills, J. L., 131-132
 Millstein, S. G., 446-447, 458-459
 Milunsky, A., 112-114
 Mine, A. M., 497
 Minkler, H., 654-655
 Minkler, M., 415-416
 Miotti, P. G., 165
 Miranda, S. B., 204-205
 Mirochnick, M., 133-134
 Miserandino, M., 383-384
 Misra, D. R., 139-140
 Mistry, J., 211-212
 Mitchell, E. E., 280-281
 Mitchell, A. A., 130-131
 Mitchell, B. A., 560-562
 Mitchell, E. A., 160-161
 Mitchell, J. E., 450-451
 Mitchell, V., 560-562, 636, 644-645
 Mitka, M., 710-711
 Mix, K. S., 368-369
 Miyake, K., 247-248
 Mizuta, I., 338-339
 Mlot, C., 234-236
 Moan, S. F., 300-302
 Modell, J., 48-49
 Moen, P., 589-590, 625, 630-631, 712-713
 Moffitt, T. E., 237-238, 444-445
 Mohr, J., 275-276
 Moklad, A. H., 518-519
 Molenaar, P. C. M., 368-369
 Molina, B. S. G., 495
 Moller, L. C., 330-331
 Molloy, A., 130-131
 Mondloch, C. J., 205-206
 Money, J., 322-323
 Montague, C. T., 358-359
 Montaigne, M., 313
 Montgomery, L., 280-281
 Moon, C., 129-130, 176
 Moon, R. Y., 161-162
 Moon, S. M., 468-469
 Moore, C., 292-293
 Moore, M. K., 200-203, 207-209
 Moore, S. E., 129-130
 Moran, J., III, 165-166
 Morelli, G., 88, 166-167, 239-240
 Morgan, Anna, 664-665
 Morgan, G. A., 253-254
 Morielli, A., 160-161
 Morikawa, H., 222-223
 Morild, I., 161-162
 Morin, C. M., 675-676
 Morison, P., 419-420
 Morison, S. J., 174
 Morissette, P., 199-200
 Morris, P. A., 78-79
 Morris, R., 340
 Morrison, D., 297-298, 577-578
 Morrison, F. J., 308-309
 Morrison, Toni, 613-614
 Morrow, C., 253-254
 Mortensen, E. L., 131-132
 Mortensen, R. B., 123-124
 Mortimer, J. T., 467
 Mosca, L., 602-604
 Moscovitch, M., 695-696
 Moses, L. J., 253-254, 293-294
 Mosher, W. D., 484-485, 529
 Moshman, D., 531
 Mosier, C., 211-212
 Mosko, S. S., 166-167
 Moskow-McKenzie, D., 698-699
 Moss, M. S., 745-746
 Mounts, N., 497, 501-502
 Mounzih, K., 441-442
 Mroczek, D. K., 708-710
 MTA Cooperative Group, 392-393
 Mui, A. C., 648-649
 Muir, D. W., 128-129
 Müller, M., 437
 Muller-Wieland, D., 358-359
 Mullin, J., 380-382
 Mullis, I. V. S., 386-387
 Mulnard, R. A., 600-601
 Mumme, D. L., 316-317
 Munakata, Y., 209-211
 Murai, R., 260
 Münz, K. A., 357-358
 Murachver, T., 300, 302-303
 Muris, R., 338-339
 Murphy, B. C., 347, 403-404
 Murphy, C. M., 340
 Murphy, K. R., 392-393
 Murphy, P. D., 117
 Murphy, S. L., 107-108, 159, 454-455
 Murray, A. D., 147-149, 330-331
 Murray, B., 537-538
 Murray, C., 378-379
 Murray, C. J. L., 669-670
 Murray, K., 257-258
 Murrell, A., 418-419
 Murstein, B., 1564
 Musick, M. A., 712-713
 Muskin, P. R., 749-750
 Mussen, P. H., 445-446
 Must, A., 358-359, 448-449
 Muttter, J. D., 149, 368-369
 Myers, D., 562-563
 Myers, J. E., 415-416, 653-655
 Myers, N., 298-299
 Myerson, J., 739-740
 Mylander, C., 220
 Nabors, L. A., 262-263
 Nadei, L., 211-212
 Naeye, R. L., 132-133
 Nagel, S. K., 406-407
 Nakajima, H., 166-167
 Nakonezny, P. A., 577-578
 Nandakumar, R., 294-295
 Nangle, B. E., 155
 Napiorkowski, B., 133-134
 Nash, A., 171, 261
 Nathanielsz, P. W., 155
 Nation, R. L., 147-149
 National Center for Education Statistics (NCES), 388-389, 410-413, 429-430, 463-464, 467-471, 542, 546
 National Center for Health Statistics (NCHS), 132-133, 138-139, 155-156, 159-161, 278-279, 281-283, 363-364, 412-413, 440-441, 448-449, 521, 524-525, 558-559, 576-577, 598-599, 601-602, 641-642, 668-669, 680-683, 722, 732-733, 743-744, 747-748
 National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, 341-342
 National Commission on Youth, 467
 National Institute of Mental Health (NIMH), 60, 422-424, 427-428, 686-687, 743-744, 746-748
 National Institute on Aging (NIA), 521, 553, 594-595, 599-602, 671-683, 685-686
 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 522-523, 603-604, 685-687
 National Institute on Drug Abuse (NIDA), 453-454
 National Institutes of Health (NIH), 117, 390-393, 595-597, 671, 674-675
 Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health, 520, 521, 676-677
 National Longitudinal Survey of Youth (NI-SY), 262-263
 National Parents' Resource Institute for Drug Education, 452-453
 National Research Council (NRC), 341-344, 466, 468-471, 505, 507-508
 National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 518-520
 National Television Violence Study 422-424
 Navarro, M., 313
 Nawrocki, T., 253-254
 Naylor, K. E., 446-447
 Needell, B., 409-410
 Needleman, H., 134-135, 281-282
 Neeley, A. S., 696-697
 Neiderman, D., 199-200
 Neisser, U., 65, 121-122, 193-194, 304-305, 307-308, 319-322, 375-376, 378-380, 535-536
 Nelson, C. A., 210-212
 Nelson, D. A., 338-339
 Nelson, J., 591-592, 703
 Nelson, K., 216-217, 299-303
 Nelson, K. B., 146, 147
 Nelson, L. J., 337-338
 Neporent, L., 678-679
 Neppi, T. K., 330-331
 Ness, R. B., 133-134
 Netherlands State Institute for War Documentation, 437
 Neugarten, B. L., 558-559, 626-627, 629, 637-638, 667-668, 711-713, 744-745
 Neugebauer, R., 129-130
 Neumann, C. G., 358-359
 Neumann, M., 165
 Neville, H. J., 220-222
 Nevis, S., 204-205
 Newacheck, R. W., 362-364
 Newcomb, A. F., 419-422
 Newcombe, N., 199-200, 211-212, 300, 302-303
 Newman, D. L., 237-238
 Newman, G. R., 452-453
 Newman, J., 165
 Newman, N. M., 161-162

- Newman, P. R., 500
 Newnham, J. P., 136-137
 Newport, E. L., 60, 220, 222-223, 388-389
 Newson, E., 275
 Newson, J., 275
 New York Longitudinal Study (NYLS), 236-238
 NFO Research, Inc., 639-640, 679-680
 Ng, M. W., 273-274
 NICHD Early Child Care Research Network, 247-248, 262-265
 Nicholas, E., 300-302
 Nichols-Whitehead, R., 304-305
 Nicoladis, E., 222
 Nida, R. E., 298-299
 Nielsen, G., 121-122
 Nielsen, K., 134-135
 NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health, 447-448
 Nin, Anais, 437, 515
 Nisan, M., 462-463
 Nishimura, H., 220-222
 Nishio, H. K., 714-715
 Niskar, A. S., 363-364
 Nixon, C. L., 292-293
 Nobre, A. C., 220-222
 Nock, S. L., 569-570
 Noelker, L. S., 648-649, 651
 Noirot, E., 128-129
 Nojima, M., 698-699
 Nommsen-Rivers, L. A., 165
 Norton, A. J., 569-570, 641-642, 728-729
 Notari-Syverson, A., 297-298
 Notaro, P. C., 253-254
 Notelovitz, M., 520
 Notzon, F. C., 147, 669-670
 Nourot, P. M., 328-331
 Novak, K., 685-686
 NOW Legal Defense and Education Fund, 572-573
 Nozyce, M., 134-135
 Nsamenang, A. B., 242-243
 Nucci, L., 334-335
 Nugent, J. K., 131-132, 153, 242-243, 363-364
 Nugent, K., 133-134
 Nugent, L. D., 371-372
 Nuland, S. B., 749-750
 Nussbaum, R. L., 682-683
 Nye, B., 383-384
 Nyiti, R. M., 369-370
 Nyman, M., 337-338
 Oakes, J., 468-469
 Oakes, L. M., 209-211
 Oakland Growth Study, 47-50, 91-92
 O'Bryant, S. L., 670-671, 732-733
 O'Connell, B., 213-215
 O'Connell, D., 413-414
 O'Connor, B. R., 722
 O'Connor, M. J., 206-207
 Odem, R. R., 136
 Oden, M. H., 393-395
 Oehlenschlaeger, Adam G., 271
 Oetting, I. B., 296-299
 Offer, D., 425-426, 440-441, 447-448, 493-494, 507-508
 Ogden, C. L., 273-274
 O'Grady-LeShane, R., 547
 O'Hare, L. L., 361-362
 Ohlsson, A., 149
 Okamoto, Y., 76-78
 Okazaki, S., 387-388
 Olds, D. L., 132-133
 Olds, S. W., 165, 263-264
 O'Leary, K. D., 571-572
 Olive, D., 126-127
 Oliver, G. D., 322-323
 Oliver, M. B., 565
 Ollendick, T. H., 345-346
 Olmsted, P. P., 574-575
 Olsen, S. F., 337-339
 Olshan, A. F., 147
 Olson, K. L., 252
 Olson, L. S., 383-384
 Olweus, D., 423-425
 Ondracek, P. J., 372-374
 O'Neil, J., 279-280
 O'Neil, R., 347-348
 O'Neill, D. K., 200-201
 Onotera, R. T., 177
 Oppenheim, D., 166-167
 O'Rahilly, S., 441-442
 Orbuch, T. L., 640-641
 Orentlicher, D., 748-749
 Orr, D. P., 446-448
 Orr, R., 542
 Orr, W. C., 671-672
 Ortiz, A. D., 313-314
 Oshima, S., 714-715
 Oshima-Takane, Y., 222-223
 Oski, F. A., 165-166
 Osterling, J., 174
 Ostrea, E., 133-134
 O'Sullivan, J. T., 372-373
 Ott, A., 685-686
 Otten, M. W., 524-525, 601-602
 Ottolini, M. C., 161-162
 Owen, M. J., 120-121, 123-124
 Owen, M. T., 248
 Owens, J. E., 599-600
 Owens, J. L., 300, 302-303
 Owens, R. E., 213-214, 218-222, 294-296, 379-380
 Owsley, C., 676-677
 Ozyegin, N., 452-453
 Padden, C. A., 220
 Paden, S. L., 575-576
 Padilla, A. M., 388-390
 Pae, S., 296-299
 Paganini-Hill, A., 600-601
 Page, M., 160-161
 Pagnucco, J. R., 381-382
 Paiella, F. J., 490
 Palfrey, J., 447-448
 Palkovitz, R., 241-242
 Pally, R., 173, 174
 Palmer, F. B., 213-214
 Panagiotides, H., 174, 253-254
 Pancake, V. R., 251
 Papalia, D. E., 408-409, 457-458, 538
 Papola, P., 363-364
 Pappas, G., 280-281, 524-525
 Paradis, J., 222
 Pardo, C., 428-429
 Paris, S. G., 372-374
 Parish, S., 521
 Park, A., 537
 Park, D. C., 679-680
 Park, M. M., 104-105, 146-147, 149
 Park, S., 238-239
 Park, Y., 371-372
 Parke, R. D., 65-67, 88, 91-92, 241-242, 334, 347-348, 403-406, 410-415, 576-579
 Parker, J. D., 129-130
 Parker, J. G., 330-331, 419-420
 Parker, R. A., 637-639
 Parkes, T. L., 673-674
 Parmelee, A. H., 152, 206-207, 279
 Parnass, J., 330-331
 Parnes, H. S., 717-718
 Parrish, K. M., 147
 Parsons, E., 282-283
 Parten, M. B., 329-331
 Partners for Learning, 195-196
 Partridge, E., 392-393
 Pascarella, E. T., 544
 Pastorelli, C., 463-464
 Pastuszek, A., 131-132
 Pate, R. R., 521
 Pater, J., 165
 Pattatucci, A. M. L., 483-484
 Patterson, C. J., 384-385, 406-407, 414-415, 483-485, 566-567
 Patterson, G. R., 337-338, 341-342, 468-469, 504, 505
 Patton, George, 390-391
 Paul, E. L., 638-640, 643-644, 649, 651
 Pauwels, B. G., 409-410, 412-413
 Paveza, G. J., 722, 724
 Pavlov, I., 72
 Pearlman, L. I., 646-647
 Pearson, J. D., 591-592
 Pedersen, J., 261
 Pedersen, N. L., 164-165
 Pegg, J. E., 223-224
 Peirce, C. S., 63
 Pellegrini, A. D., 328-329, 360-361
 • Pellemounter, N. A., 358-359, 520
 Pena, S., 329-330
 Penninx, B. W. J. H., 686-687
 Pepe, M. S., 273-274
 Pepler, D., 345
 Pepper, S. C., 65-66
 Pérez-Stable, E. J., 521
 Perlmutter, M., 298-299, 611-613
 Perls, T. T., 664-665
 Perón, Eva, 313-314
 Perozynski, L., 333
 Perrin, D. G., 160-161
 Perrin, E. C., 361-362
 Perrin, J. M., 448-449
 Perrin, S. P., 241-242
 Perrucci, C. C., 606-607
 Perry, T. B., 501-502
 Perry, W., 543-544
 Perry-Jenkins, M., 406-407
 Perusse, L., 121-122
 Peskin, H., 445-446
 Peter D. Hart Research Associates, 717-719
 Peters, E. C., 132-133
 Peters, J., 273-274, 280-281
 Peters, K. D., 159-161
 Petersen, A. C., 426-427, 440-441, 446-447, 493-494, 498, 506-507
 Peterson, C., 293-294, 300-302, 558-559
 Peterson, J. L., 486-487
 Peterson, L., 484-485
 Peterson, M., 368-369
 Peth-Pierce, R., 263-265
 Pettito, L. A., 220
 Pettit, E. J., 578-579
 Pettit, G. S., 332-335, 342, 347, 407-408, 419-420, 424-425, 444-445
 Pfeiffer, A., 358-359
 Pfeiffer, S. I., 155-156
 Phelps, J. A., 118-119, 123-124
 Philliber, S., 489
 Phillips, D. F., 529
 Phillips, R. B., 133-134
 Phillips, S., 467
 Phinney, J. S., 56-57, 481-482
 Piaget, Jean, 65-66, 69-70, 74-77, 196-197, 202-211, 234-235, 283-284, 286-291, 293-296, 299-300, 328-330, 361-362, 366-374, 455-458, 460, 462-463, 531, 610-611, 631-632, 742-743
 Pianezza, M. L., 521
 Pick, H. L., Jr., 365-366
 Pickens, J., 253-254
 Piemons, J., 691-692
 Pierce, J. P., 453-454
 Pierrousakos, S. L., 284-286, 455-456
 Pillemer, K., 722, 724, 732-733
 Pillow, B. H., 292-293
 Pine, C. J., 57-58
 Pines, M., 60
 Pinto, J. P., 216-217
 Pinuelas, A., 337-338
 Pinzone-Glover, H. A., 565
 Pipe, M., 300, 302-303
 Pisoni, D. B., 213-215
 Pleck, J. H., 486-487
 Plomin, R., 115-117, 119-123, 195-196, 220-222, 237-238, 296-298
 Plumert, J., 304-305, 363-366
 'PMS: It's Real,' 528, 529
 Polakoski, K. L., 136
 Polit, D. R., 345
 Pollack, B., 241-242
 Pollitt, E., 359-360
 Pollock, T. M., 134-135
 Pong, S. L., 466, 468
 Ponomarev, L., 371-372
 Ponsonby, A. B., 161-162
 Poon, L. W., 693-696
 Pope, A. W., 419-420
 Pope, H. G., 451-452
 Pope, R. S., 372-374
 Popenoe, D., 568
 Porcino, J., 655-656, 722, 723
 Porges, S. W., 248
 Porter, R. H., 175
 Portwood, S. G., 300-302

- Posada, G., 247-248
 Post, S.G., 117, 684-685
 Poston, D. L., 345-346
 Poulin, F., 505
 Powell, C., 359-360
 Powell, M. B., 300-302
 Power, T. G., 256-257, 315-316
 Powers, B. P., 253-254
 Powlishta, K. K., 330-331, 418-419
 Pratt, M., 358-359, 447-448, 520
 Precht, H. F. R., 152
 Premachandra, B. R., 133-134
 Prentice, N. M., 292-293
 Prescott, C. A., 523
 Presley, Elvis, 143-144
 Pressley, M., 380-382
 Prestwood, K. M., 600-601
 Price, J. M., 342, 419-420
 Price-Williams, D. R., 369-370
 Princeton Survey Research Associates, 486-487
 Pringle, H. F., 355-356
 Prockop, D.J., 599-600
 Prohaska, T. R., 709
 Pruchno, R., 734-735
 Psych, C., 131-132
 Pulkkinen, L., 554-555
 Pungello, E. P., 384-385
 Purcell, J. H., 395-396
 Putnam, C., 355-356
 Putnam, S., 238-239
- Quadrei, M.J., 458-459
 Quill, T. E., 748-750
 Quinby, N., 375-376
 Quinn, P. C., 204-205
 Quintero, R. A., 137-138
- Rabiner, D., 419-420
 Rabinowitz, M., 134-135
 Raboy, B., 414-415
 Racine, A., 134
 Radke-Yarrow, M., 335-336
 Raff, M., 670-671
 Raffaelli, M., 499
 Rafferty, Y., 283-284
 Ragozin, A. S., 572-573
 Rakowski, W., 681-682
 Rall, L. C., 681-682
 Ramey, C. T., 195-197, 304-305
 Ramey, S. L., 195-197
 Ramirez, M., V., 369-370
 Rampersad, A., 475
 Ramsay, D. S., 134-135
 Ramsey, P. G., 330-331, 347-348
 Rank, M.R., 717-718
 Rantanen, T., 591
 Rao, S. B., 213-215
 Rapin, I., 123-124
 Rapoport, J. L., 390-392
 Rappaport, L., 275-276
 "Rates of Homicide, " 279-280
 Ratner, H. H., 79-80
 Ray, W.A., 280-281
 Rayner, R., 72, 189-190
 Redding, R. E., 253-254
 Rees, J. M., 159-160, 453-454
 Reese, E., 298-300, 302-303
 Reese, H. W., 57-58, 372-374
- Reeves, A. J., 168-170
 Reid, J. D., 630-631, 729-730
 Reid, J. R., 341-342
 Reid, R. L., 528
 Reijo, R., 529
 Reilly, P. R., 117
 Reiman, E. M., 684-685
 Reimer, J. F., 372-374
 Reinisch, J. M., 131-132
 Reis, H. T., 560-562
 Reis, S. M., 393-394
 Reiss, A. J., Jr., 572-573
 Reiss, A. L., 322
 Reiter, E. O., 441-442
 Remafedi, G., 483, 743-744
 Rempel, J., 732-733
 Rennie, J., 117
- Renoir, Pierre-Auguste, 750-751
 Repacholi, B., 217-218, 251
 Repucci, N. D., 300-302
 Rescorla, L., 385-386
 Research to Prevent Blindness, 676-677
 Resnick, L. B., 287-288, 367-369
 Resnick, M. B., 156*157
 Resnick, M. D., 467
 Resnick, S., 248
 Resser, D., 234
 Restak, R., 168
 Reuter-Lorenz, P. A., 695-696
 Reyes-Lec, M., 133-134
 Reynolds, A. J., 307-308
 Reynolds, C. F. V., 675-676
 Reznick, J. S., 122-123, 199-200
 Rheingold, H. L., 203-204
 Rhoads, G. G., 131-132, 282-283
 Rhodes, S. R., 545
 Ricard, M., 199-200
 Ricciuti, H. M., 358-359
 Rice, A., 149
 Rice, C., 293-294
 Rice, G., 483-484
- Rice, M. L., 216-217, 222-224, 294-298
 Richard, C. A., 166-167
 Richards, D., 374-375
 Richards, M. H., 443-444
 Richards, T. L., 390-392
 Richardson, G. S., 447-448
 Richardson, J., 239-240, 497
 Ridderinkhof, K. R., 689-690
 Riddle, R. D., 123-124, 126-127
 Riegraft, N. B., 241-242
 Riess, J. A., 281-282
 Riffin, J., 117
 Riggs, K. M., 682-683
 Rigler, D., 60
 Rigler, M., 60
 Riley, M. W., 614-616
 Rimm, E. B., 518
 Riordan, K., 248
 Risley, T., 193-195, 222
 Ristow, M., 358-359
 Ritter, P. L., 464, 466
 Rivara, F. P., 279-280, 364-365, 440-441, 454-455, 743-744
 Rivera, S. E., 209-211
 Rix, S. E., 718-719
 Rizzo, T. A., 134-135
- Roberts, D. F., 464, 466
 Roberts, G. C., 405-406
 Roberts, I., 280-281
 Roberts, J. E., 262-263
 Robertson, J. A., 108-109
 Robinette, C. D., 121-122
 Robins, R. W., 554-555
 Robinson, B. E., 414-415
 Robinson, C. C., 337-339
 Robinson, I., 484-485
 Robinson, J. L., 122-123
 Robinson, Jackie, 475-478, 497, 500
 Robinson, L. C., 641-642
 Robinson, S., 128-129, 475
 Robinson, T. N., 358-359
 Roachat, P., 207-209
 Rock, D. A., 469-470
 Rock, S., 194-195
 Rodehoffer, R.J., 674-675
 Rodin, J., 524-526
 Rodrigues, D., 392-393, 427-428
 Roeder, K., 122-123
 Rogers, C. R., 73-74, 625-626
 Rogers, M. C., 241-242
 Rogers, R. G., 526-527
 Rogoff, B., 88, 166-167, 211-213, 365-366
 Rolf, R. T., 155
 Rome-Flanders, T., 200-201
 Romer, D., 486
 Romney, D. M., 327-328
 Ronca, A. E., 128-129
 Roopnarine, J., 241-242, 261, 347-348
 Roosevelt, Eleanor, 399, 646-647
 Roosevelt, Elliott, 646-647
 Roosevelt, Franklin Delano, 646-647
 Roosevelt, Theodore, 355-356
 Rosamond, W. D., 598-599
 Rosário, M., 342
 Rosatelli, M. C., 114-116
 Rose, H., 324-326
 Rose, S. A., 205-206
 Rose, S. P., 166-167
 Rosen, J. E., 282-283
 Rosenberg, H. M., 412-413
 Rosenberg, L., 283-284, 521
 Rosenberg, R. S., 528
 Rosenberg, S. D., 629-630, 632-633
 Rosenblatt, R. A., 149
 Rosenblum, G. D., 443-444, 449-450
 Rosenbluth, S. C., 560-563
 Rosenfeld, D., 729-730
 Rosengren, K. S., 284-288
 Rosenkrantz, S. L., 204-205
 Rosenthal, E., 345-346
 Rosenthal, R., 385-386, 405-406
 Rosenzweig, M. R., 173
 Roses, A. D., 684-685
 Ross, C., 526-527, 569
 Ross, D., 337-338, 423-424
 Ross, G., 82-83, 155-157
 Ross, H. G., 649, 651
 Ross, H. S., 345
 Ross, J. L., 322, 480-481
 Ross, J. M., 388-389
 Ross, S. A., 337-338, 423-424
 Rossel, C., 388-389
- Rossi, A. S., 637-638, 646-647
 Rossi, R., 468-469
 Rotenberg, K. J., 402-403
 Rothenberg, K., 117
 Rothman, A. J., 528
 Roush, W., 390-392
 Rovee-Collier, C., 93, 128-129, 189-192
 Rowley, D., 155
 Rubin, D. B., 131-132
 Rubin, D. H., 136, 283-284
 Rubin, K. H., 329-331, 347-348, 419-421
 Rubin, L. B., 644-645
 Rubinstein, Arthur, 713-714
 Rubinstein, R. L., 728-729, 732-733
 Ruble, D. M., 426-427, 445-446
 Ruble, D. N., 318-319, 321-328
 Rudman, D., 671
 Rueter, M. A., 496-497
 Ruff, H. A., 282-283
 Rumsey, J. M., 390-392
 Rushton, J. L., 427-428
 Russell, J. D., 450-451
 Rutter, M., 115-117, 174, 428-429, 468-469
 Ryan, A. S., 164-165, 682-683
 Ryan, C.J., 748-749
 Ryan, R. H., 306-112
 Rybash, J. M., 609-611
 Ryff, C. D., 632-633, 635-636, 646-647, 708-710, 732-733
 Rymer, R., 60
 Ryncarz, R. A., 460, 462
 Ryu, S., 467
- Saarni, C., 316-317, 402-403
 Sabá, L., 114-116
 Sabol, S. Z., 521
 Sachs, B. P., 147
 Sachs, H. C., 161-162
 Sacks, J.-J., 279-280, 364-365
 Sadowitz, P. D., 165-166
 Sagi, A., 245-247, 250
 Sahyoun, N. R., 672-673
 St. George-Flyslip, P. H., 684-685
 Sakin, J.W., 259-260
 Salamone, L. M., 675-676
 Salovey, P., 537
 Salthouse, T. A., 545, 592-593, 616-617, 689-690, 694-696, 716
 Salvator, A., 134
 Salzinger, S., 342
 Samad, A., 440
 Sameroff, A.J., 248, 304-305
 Sampson, R. J., 506-507
 Sandberg, J., 359-361, 403-404, 428-429
 Sanders, P., 243-245
 Sanders, S. A., 131-132
 Sanderson, M., 160-161
 Sandler, D. P., 136
 Sands, June, 655-656
 Sands, L. P., 687-689
 Santer, L.J., 281-282
 Santos, I. S., 132-133
 Santow, M., 489
 Santrock, J. W., 414-415
 Sapienza, C., 114-116

- Sapolsky, R. M., 602-604, 676-677, 695-696
- Satcher, D., 527-528
- Satz, R., 676-677
- Saucier, G., 554-555
- Saudino, K.J., 122-123, 237-238
- Saner, M. V., 530-531
- Saults, J.S., 371-372
- Saunders, N., 145
- Sauvain, K. J., 134
- Savage, S. L., 294-295
- Savoie, D., 366-367
- Sawyer, M. G., 282-283
- Sax, L. J., 484-485
- Saxe, G. B., 287-288
- Saywitz, K. J., 300-302
- Scaer, R., 149-150
- Scandinavian Simvastatin Survival Study Group, 518-519
- Scarborough, H. S., 296-298
- Scariati, P. D., 165
- Scarr, S., 119-123, 264-265, 334-335
- Schaefer, C. E., 393-395
- Schaffer, W. D., 248
- Schaffer, D., 130-131
- Schaie, K. W., 47-48, 531, 533-535, 606-610, 617-619, 687-693, 696-697, 705-706
- Schairer, C., 601-602
- Schaller, M., 319-321
- Schanberg, S. M., 155-156
- Schardt, D., 525-526
- Scharlach, A. E., 650, 744-746
- Schartz, K. M., 118-119
- Schauble, L., 455-456
- Schechtman, V. L., 160-161
- Schellenberg, G. D., 684-685
- Scherer, M., 376-377
- Schiegel, A., 493-494
- Schiffman, S. S., 677-678
- Schiller, M., 248
- Schliemann, A. D., 368-369
- Schmidt, C. R., 324-326
- Schmidt, M. H., 206-207
- Schmidt, P. J., 528
- Schmitt, B. D., 341-342
- Schmitt, K. L., 323-324
- Schmittdiel, J., 134-135
- Schmitz, S., 122-123, 237-238
- Schnall, P. L., 605-606
- Schneider, E. L., 671-674
- Schoefs, V., 251
- Schoen, R., 570-571
- Schoendorf, K. C., 155, 428-429
- Scholer, S. J., 280-281
- Schölmerich, A., 239-240
- Schonfeld, D.J., 361-362
- Schonfield, D., 693-694
- Schooler, C., 617-618
- Schore, A.N., 236
- Schottenfeld, R., 133-134
- Schreiber, J. B., 358-359
- Schuder, T., 380-382
- Schulenberg, J., 467
- Schull, W. J., 136
- Schulte, M. C., 273-274
- Schulz, H. R., 152
- Schulz, R., 711-712, 728-729, 741-742
- Schutz, R., 360-361
- Schwartz, D., 423-425
- Schwartz, P. J., 160-161
- Schwarz, D. E., 486
- Schwarzmueller, A., 300-302
- Schweinhart, L.J., 306-308, 489, 506-507
- Scott, J., 130-131, 565, 649, 651
- Sears, H. A., 497
- Seattle, Chief, 539, 541
- Seccombe, K., 570-571, 573-574
- Sedlak, A.J., 341-342
- Seeley, J. R., 445-446
- Seff, M. A., 500
- Sege, R., 422-424
- Seidel, K. D., 273-274
- Seifer, R., 248, 304-305, 447-448
- Seiner, S. H., 253-254
- Seitz, V., 506-507
- Seligman, M., 537
- Selkoe, D.J., 675-676, 682-683
- Sellers, E. M., 521
- Selman, R. L., 421-422
- Seltzer, M., 222
- Selwitz, R., 357-358
- Selzer, S. C., 193-194, 303-304
- Serbin, L. A., 330-331
- Service, V., 213-216
- Sexton, A., 101
- Shain, R. N., 528
- Shakespeare, W., 563-564
- Shanahan, M., 467
- Shannon, D., 160-161, 239-240
- Shannon, F. T., 275, 280-281
- Shannon, L. W., 506-507
- Shapiro, B. K., 213-214
- Shapiro, J. R., 250
- Shapiro, R., 720-721
- Shapiro, S., 130-131
- Sharma, A. R., 408-409
- Sharma, R., 133-134
- Shatz, M., 295-296
- Shaw, G. L., 368-369
- Shaw, G. M., 129-131
- Shay, K. A., 681-682
- Shaywitz, B. A., 600-601
- Shaywitz, S. E., 390-393
- Shea, S., 273-274
- Shelton, M. L., 273-274
- Shepherd, J., 518-519
- Sherman, A., 55-56
- Sherman, E., 750-751
- Sherman, L. W., 344
- Shinn, M., 283-284
- Shiono, P. H., 138-140, 155
- Ship, J. A., 591-592, 677-678
- Shoffitt, T., 489
- Sholl, W., 382-383
- Shore, C., 213-215
- Shouldice, A., 338-340
- "Should You Take Estrogen to Prevent Osteoporosis?", 599-600
- Showers, C.J., 481-482
- Shulik, R. N., 539-540
- Shulman, R., 273-274
- Shulman, S., 251
- Shwe, H. I., 216-217
- Siefer, R., 133-134
- Siegel, M., 293-294
- Siegel, A. C., 182-183
- Siegel, M., 453-454
- Siegel, O., 445-446
- Siegler, I. C., 598-599, 603-604
- Siegler, R. S., 209-211, 287-288, 298-299, 368-369, 371-372, 374-375, 381-383
- Siegrist, J., 604-606
- Sigelman, C., 361-362
- Sigman, M., 123-124, 192-194, 204-207, 303-304, 358-359
- Sigmundson, H. K., 322-323
- Silva, P. A., 237-238, 392-393
- Silver, M. H., 664-665
- Silverberg, S. B., 644-645
- Silverman, W. K., 428-429
- Silvem, S. B., 328-329
- Simmer, K., 165
- Simmons, R. G., 445-447
- Simon, T., 192-193, 196-197, 222-223
- Simon, T. J., 207-209
- Simon, T. R., 504
- Simon-Rusinowitz, L., 416-417, 654-656
- Simons, M., 440
- Simons, R. F., 248
- Simons, R. L., 499
- Simons-Morton, B. G., 362-363
- Simonton, D. K., 393-395, 614-615
- Simpson, G., 282-283
- Simpson, G. A., 428-429
- Simpson, G. B., 372-374
- Simpson, J. L., 137-138
- Simpson, K. H., 748-750
- Singer, D. G., 292-293, 328-331, 336-337
- Singer, H. S., 322
- Singer, J. L., 292-293, 328-331, 336-337
- Singer, L., 133-134
- Singer, P. A., 749-750
- Singh, G. K., 149-150, 576-577
- Singh, S., 138-139
- Sinnott, J. D., 531-534, 543-544, 609-611, 617-619.
- Siqueland, E., 176
- Skadberg, B. T., 161-162
- Skaff, M. M., 728-729
- Skinner, B. E., 72-73, 218-220
- Skinner, J. D., 165-166
- Skinner, M. L., 468-469, 505
- Skoe, E. E., 462-463
- Skolnick, A. A., 448-449
- Skovron, M. L., 134-135
- Skuse, D. H., 114-116
- Slap, G. B., 743-744
- Sleek, S., 604-605
- Slemenda, C. W., 521
- Sliwinski, M., 690-691
- Slobin, D., 216-218
- Slomkowski, C., 290-291
- Slotkin, T. A., 146, 147
- Sly, P. D., 132-133
- Small, G. W., 682-686
- Small, M. Y., 296-297, 456-457
- Smelser, N.J., 544
- Smetana, J. G., 334-335, 495
- Smilansky, S., 328-329
- Smith, A. D., 693-695
- Smith, B.A., 175
- Smith, B. L., 153-155
- Smith, C. M., 287-288
- Smith, F. J., 358-359
- Smith, J., 453-454, 697-698
- Smith, K. A., 450-451
- Smith, K. E., 386-387, 406-407
- Smith, M. C., 347
- Smith, M. E., 423-424
- Smith, M. M., 165-166
- Smith, P. K., 360-361, 423-425
- Smith, R., 146, 428-429, 642-643
- Smith, T., 565-566, 569-570
- Smith, T. E., 469-470
- Smith, T. S., 241-242
- Smith, T. W., 569-570
- Smith-Warner, S. A., 523
- Smoll, F. L., 360-361
- Smoot, D. L., 419-420
- Smotherman, W. P., 128-129
- Srnnyth, J. M., 604-605
- Snarey, J. R., 462-463, 538
- Snell-White, P., 241-242
- Snidman, N., 122-123, 238-239
- Snow, C. E., 298-299
- Snow, M. E., 243-245
- Snowdon, D. A., 684-685
- Snyder, J., 330-331, 347-348
- Snyder, L., 216-217
- Snyder, T. D., 390-391, 617-618
- Sobel, R. A., 452-453
- Sobol, A., 132-133, 448-449
- Society for Assisted Reproductive Technology, 530-531
- Society for Research in Child Development, 93-95
- Sohal, R. S., 673-674
- Sokol, R. J., 131-132
- Solomon, J., 246-247
- Solomon, M., 748-749
- Somary, K., 652-654
- Sommers-Flanagan, J., 427-428
- Sonenstein, F.L., 486-487
- Song, M., 386-387
- Sophian, C., 287-288, 368-369
- Sorce, J.E., 253-254
- Sorensen, T., 121-122
- Sorrentino, C., 405-406
- Sosin, D. M., 364-365
- Southall, D. P., 160-161
- Soutollo, D 253-254
- Spalding, J. J., 703
- Sparling, J. J., 195-196
- Speece, M. W., 742-743
- Spelke, E., 206-211, 286-287
- Spence, A. P., 591-595, 599-600, 676-679, 689-690
- Spence, M. J., 129-130, 176
- Spencer, H. C., 279-280
- Spencer, M. B., 481-482
- Spieker, S., 174, 253-254
- Spiker, D., 156-157
- Spinazzola, J., 199-200
- Spindler, A. M., 597-598
- Spinelli, D. N., 174
- Spirduso, W. W., 591-593, 678-679
- Spitz, René, 250
- Spitzer, M. E., 677-678
- Spohr, H. L., 131-132

- Spoto, D., 551
 Spurlock, J., 565-566
 Squire, L. R., 210-211, 693-696
 Srinivasan, S. R., 357-359
 Srivastav, R., 241-242
 Sroufe, L. A., 231-236, 239-241, 250-251, 342-343, 419-420
 Stack, D. M., 204-205
 Stadtman, E. R., 671-672
 Stager, C. L., 205-206, 215-216
 Stahl, S. A., 381-383
 Stamler, J., 521-523, 602-604
 Stamler, R., 522-523
 Stampnitzky, J. R., 128-129
 Stanford Studies of Gifted Children, 47-49
 Stanhope, L., 345
 Stanley, F. J., 136-137
 Stanley-Hagan, M., 410-412
 Stapleton, S., 363-364
 Starfield, B., 156-157, 281-282, 362-363
 Stark, M. J., 528
 Starr, R., 133-134
 Statistics Canada, 412-413, 422-423
 Staub, E., 503-504
 Stauder, J. E. A., 368-369
 Staudinger, U. M., 48-49, 554-555, 696-698
 Stedman, L. C., 381-382
 Steel, L., 467
 Steffens, D. C., 686-687
 Stein, M. R., 261
 Steinbach, U., 720-722, 730-731
 Steinberg, K. K., 600-601
 Steinberg, L., 264-265, 334-335, 444-445, 464, 466-467, 495-497, 501-502, 505
 Steinhausen, H.-C., 131-132
 Stennies, G., 454-455
 Steptoe, A., 447-448
 Sternbach, H., 594-595
 Sternberg, R. J., 375-378, 385-386, 468-471, 531, 534-537, 562-564, 613-615, 696-697
 Stevens, J. C., 591-592
 Stevens, J. H., 194-195
 Stevens, K. N., 213-215
 Stevens, N., 347, 421-423, 502, 505
 Stevenson, C. S., 392-393
 Stevenson, H. W., 386-388, 464, 466
 Stevenson-Hinde, J., 338-340
 Steward, D. S., 300-302
 Steward, M. S., 300-302
 Stewart, A. J., 589, 636-637
 Stewart, I. C., 487-488
 Stewart, W., 685-686
 Sticht, T. G., 381-382
 Stick, S. M., 132-133
 Stifter, C. A., 248
 Stigler, J. W., 386-387
 Stipek, D. J., 255, 306-308
 Stockemer, V., 330-331
 Stocking, C. B., 281-282
 Stoddard, J. J., 160-161, 280-281, 363-364
 Stoll, M. F., 407-409
 Stoneman, Z., 384-385, 417-418, 495
 Stones, M. J., 591-592
 Stoolmiller, M., 468-469, 505
 Strahan, G. W., 722
 Stramba-Badiale, M., 160-161
 Strasburger, V. C., 422-424, 486-487, 504
 Straus, M. A., 405-406
 Strauss, M., 133-134
 Strawbridge, W. J., 649, 651
 Streissguth, A. R., 131-133
 Strobel, A., 441-442
 Strobino, D. M., 149-150
 Stroebe, M., 739-740
 Strom, R., 653-654
 Strömmland, K., 131-132
 Strube, M. J., 572-573
 Stuart, J., 271
 Stubbs, M. L., 445-446
 Stumpe, Ella May, 664-665
 Stunkard, A. J., 164-165
 Sturges, J. W., 340
 Sturges, L. V., 340
 Styfco, S. J., 307-308
 Subar, A. F., 357-358
 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 521*525
 Sue, S., 387-388
 Sugarman, J., 117
 "Suicide-Parts I and II, " 743-744," 746-749
 Suissa, S., 280-281
 Suito, J. J., 643-644, 649, 651, 732-733, 745-746
 Sullivan, Anne, 229-230
 Sullivan, K., 293-294
 Sullivan, M. W., 133-134
 Sullivan, P. F., 451-452
 Sullivan-Bolyai, L., 134-135
 Sun, Y., 420-421
 Sundquist, J., 358-359
 Suorni, S., 240-241
 Super, C. M., 241-242
 Super, D. E., 615-616
 SUPPORT Principal Investigators, 748-749
 Susman-Stillman, A., 248
 Susser, E., 129-130
 Suzuki, L. A., 378-379
 Swain, I. U., 205-206
 Swanson, H. L., 693-694
 Swarr, A. E., 443-444, 449-450
 Swedo, S., 743-744
 Swingle, D., 216-217
 Szinovacz, M., 651-652, 718-719, 727-728
 Szkrybalo, J., 323-324
 Tabin, C., 124, 126-127
 Taddio, A., 175
 Tager-Flusberg, H., 293-294
 Takahashi, M., 393-394
 Takanishi, R., 440-441
 Talbott, M. M., 745-746
 Talokder, E., 241-242
 Tamir, L. M., 616-617
 Tamis-LeMonda, C. S., 206-207, 220-222
 Tamura, T., 130-131
 Tanda, G., 453-454
 Tang, M., 600-601, 684-686
 Tang, Y.-R., 696-697
 Tanner, I. M., 445-446
 Tao, K.-T., 345-346
 Tardif, T., 216-217
 Targ, D. B., 644-645
 Tarin, J. J., 137-138
 Tarnowski, A. C., 718-719
 Tasker, E., 414-415, 483-484
 Tate, B. A., 447-448
 Tatelbaum, R., 132-133
 Taubes, G., 518-519
 Taussig, L. M., 165
 Taylor, H., 126-127, 748-749
 Taylor, J. A., 160-162
 Taylor, J. M., 313
 Taylor, M., 291-293, 323-324
 Taylor, R. D., 499
 Teachman, J. D., 469-470
 Teasdale, T., 121-122
 Techner, D., 740-741
 Tellegen, A., 342-343
 Teller, D. Y., 176
 Termyson, Alfred, Lord, 187
 Terman, D. L., 392-393
 Terman, L. M., 47-49, 374-375, 393-395, 705-706
 Termine, N. T., 252
 Tesla, C., 290-291
 Tesman, J. R., 282-283
 Teti, D. M., 249, 253-254, 259-260
 te Velde, E. R., 594-595, 601-602
 Thabes, V., 578-579
 Thacker, S. B., 279-280
 Thal, D., 297-298
 Tharp, R. G., 387-388
 Thelen, E., 43, 179-181
 Thorna, S. J., 460, 462
 Thomas, A., 122-123, 236-238, 241-242
 Thomas, D. B., 147-149
 Thomas, D. G., 210-211
 Thomas, R. M., 76-77
 Thomas, S. P., 639-640, 644-645
 Thomas, W. R., 388-390
 Thompson, B., 192-193
 Thompson, D. C., 364-365
 Thompson, L., 205-206, 570-571
 Thompson, R. A., 232-233, 334
 Thompson, R. S., 364-365
 Thompson, W. W., 406-407
 Thomson, D. M., 300-302
 Thorne, A., 480-481
 Thurman, H., 623
 Thurstone, L. L., 607-609
 Tignor, T., 211-212
 Timini, S., 449-450
 Tinbergen, N., 77-78
 Tincoff, R., 213-215
 Ting, T. Y., 146, 147
 Tinsley, R., 241-242
 Tisdale, S., 110
 Tjebkes, T. L., 256
 Toback, A., 530-531
 Tobias, S., 297-298
 Tobin, M. J., 281-282
 Tobin-Richards, M. H., 426-427
 Tolstoy, Leo, 749-750
 Tomasello, M., 222
 Tong, S., 282-283
 Torff, B., 385-386
 Torrance, E. R., 393-395, 613-614
 Torres, A., 138-139
 Toth, S. L., 426-427
 Touwen, B. C. L., 165
 Touyz, S. W., 450-451
 Tower, R. B., 745-746
 Towner, D., 147
 Townsend, N. W., 239-240
 Tramontana, M. G., 193-194, 303-304
 Travis, J., 520
 Treas, J., 669-671, 673-674, 680-681, 698-699, 716-721
 Troll, L. E., 591-592, 643-644, 646-648, 731-733
 Tronick, E. Z., 133-134, 176, 239-240, 251, 252
 Trost, S. G., 360-361
 Troyer, L., 464, 466
 Trueheart, C., 566-567
 Truglio, R., 298-299
 Truschke, E. F., 683-684
 Tschann, J., 578-579
 Tsevat, J., 744-745
 Tucker, C. J., 500
 Tucker, I. S., 705-706
 Tucker, M. B., 565-566, 726-727, 729-730
 Turna, J. M., 427-428
 Turiel, E., 460, 462
 Turkewitz, G., 79-80
 Turner, C. F., 85, 483-484
 Turner, P. H., 414-415
 Turner, P. J., 319-322, 326-328
 Turner, S. M., 425-426
 Turtle, M., 170-171
 Tygiel, J., 475
 Tyler, P. E., 130-131
 Uhlenberg, R., 641-642, 651-652, 728-729
 Uitterlinden, A. G., 599-600
 Umberson, D., 646-648, 745-746
 Underwood, M. K., 422
 UNESCO, 546
 UNICEF, 155, 165
 United Nations, 728-729
 United Nations General Assembly, 722, 724-725
 United Nations International Labor Organization (UNILO), 605-606
 University of Michigan News and Information Services, 451-454
 Urbano-Marquez, A., 522-523
 Urbina, S., 192-193, 374-375
 U.S. Bureau of Justice Statistics, 571-572
 U.S. Bureau of Labor Statistics, 261, 405-406, 544, 547-548, 575-576, 606-607
 U.S. Bureau of the Census, 159, 412-416, 544, 558-559, 565-566, 569-571, 578-579, 648-649, 664, 668-671, 720-721, 727-730
 U.S. Consumer Product Safety Commission, 279-280
 U.S. Department of Commerce, 407-408
 U.S. Department of Education, 393-395, 469-470, 542, 547

- U.S. Department of Energy, 117
U.S. Department of Health and Human Services (USDI-IHS), 128-129, 138-139, 145, 160-161, 340-343, 452-455, 517, 521, 525-527, 598-599, 674-677
U.S. Department of Labor, 547
U.S. Environmental Protection Agency, 280-281
U.S. Office of Technology Assessment, 593-594
Usher, R. L., 134-135
Utiger, R. D., 595-597
Uttal, D.H., 284-286
Uzgiris, L. C., 179-180
- Vaccarino, V., 599-600
Vaillant, G. E., 47-48, 555-557, 626-627, 633-634, 708, 725-726
Vainio, S., 105-106
Valdez, R. A., 357-359
Valdez-Menchaca, M. C., 296-297
Valencia, R. R., 378-379
Vandell, D. L., 260, 261, 406-407
Vandenberg, B., 329-330
van den Hoonaard, D. K., 745-746
Van der Molen, M. W., 368-369
van der Velde, M. E. G., 545
Van Heuvelen, M. J., 678-679
van IJzendoorn, M. H., 232-233, 245-250
van Lieshout, C. F. M., 554-555
Van Meter, R., 380-382
van Noord-Zaadstra, B. M., 529
Van Theil, D. H., 136
Vargha-Khadern, R., 210-212
Vartanian, L. R., 458-459
Vasilyeva, M., 294-295
Vassar, R., 685-686
Vaughan, H. G., 155-156
Vaughn, A. I., 133-134
Vaughn, B. E., 248
Vaupel, J. W., 664-665
Velie, E. M., 130-131
Veninga, R. L., 604-607
Ventura, S. J., 136-139, 146, 149-150, 153-156, 490, 493, 571-574
Verbrugge, L. M., 637-638
Verhaeghen, R., 689-690, 696-697
Verhulst, F. C., 424-425
Verhulst, S. I., 155-156
Verloove-Vanhorick, S. R., 156-157
Verschueren, K., 251, 518
Vespo, J., 261
Vevea, J., 379-380
Victor ("wild boy of Aveyron"), 45-46
Victoria, C. G., 132-133
Victoria, queen of England, 147
Vigorito, A. J., 570-571
Vigorito, J., 176
Vijayan, S., 213-215
Vinci, Leonardo da, 739
Visher, E. B., 579-580, 654-655
Vishton, P. M., 213-215
Vita, A. J., 602-604
Vitaro, E., 423-424, 505
Voelker, R., 117, 682-683
Voelz, S., 366-367
Vosniadou, S., 379-380
- Voydanoff, R., 606-607
Voyer, D., 321-322
Voyer, S., 321-322
Vuchinich, S., 404-405
Vuori, L., 129-130
Vygotsky, L. S., 81-83, 211-212, 295-297, 300-302, 304-305, 377-378
- Wagner, E., 335-336
Wakely, A., 209-211
Wakschlag, L. S., 132-133, 257-258
Walasky, M., 750-751
Waldman, I., 248, 422-423
Walfish, S., 596
Walford, Roy, 673-674
Walk, R. D., 181-182
Walker, A. S., 205-206
Walker, D., 194-195, 222
Walker, L. E., 571-573
Walker, L. J., 412-413, 462-463, 541, 542
Walker, L. W., 572-573
Walker, S., 359-360
Wall, S., 246-247
Wallace, C. S., 173
Wallace, D. C., 671-672
Wallace, I. F., 155-156
Wallach, M. A., 393-395
Wallechinsky, D., 663
Wallerstem, J. S., 410-412, 569-570
Wallhagen, M. L., 591-592
Walls, C., 709-710
Walsh, D. A., 611-613
Wang Yani, 271-272, 300-302
Wannamethee, S. G., 521, 602-604
Ward, L. M., 487-488
Ward, R. H., 490, 493
Warner, R. L., 408-409
Warner, V., 132-133
Warr, R., 545, 716
Warren, C. W., 447-448
Warren, J. A., 575-577
Warren, M. P., 444-445
Wasik, B. H., 195-196, 304-305
Wasserman, C. R., 129-130
Watermaux, C., 134-135
Waters, E., 246-248, 251
Waters/K. A., 160-161
Watson, A. C., 292-293
Watson, I. B., 65-66, 72, 189-190
Watson, J. D., 614-615
Watson, M. S., 117
Wattis, J. P., 685-686
Wayler, A. H., 682-683
Weathers, W. T., 134
Webb, K. W., 364-365
Webb, W. B., 675-676
Wechsler, H., 521, 523
Weg, R. B., 594-598, 730-731
Wegesin, D., 365-366
Wegman, M. E., 153-155, 159-162, 278-279
- Weikart, D. R., 306-308, 506-507
Weile, B., 136
Weinberg, A., 216-217
Weinberg, C. R., 103-104
Weinberg, M. K., 252
Weinberg, R. A., 122-123
Weinberger, J., 750-751
Weindruch, R., 673-674
- Weiner, T., 181-182
Weinman, J., 470-471
Weinreb, L. R., 282-283
Weir, D. G., 130-131
Weiskopf, S., 176
Weisnagel, J., 121-122
Weisner, T. S., 416-417
Weiss, B., 332-333
Weiss, J. O., 117
Weissbourd, B., 415-416
Weissman, M. M., 132-133, 426-427
Weisz, J. R., 427-428
Weitzman, M., 132-133, 281-282
Welch-Ross, M. K., 299-302, 324-326
Wellman, H. M., 199-200, 285-288, 292-293
"Wellness Facts," 130-131
Wells, G., 224-225
Weltzin, T. E., 451-452
Wender, R. H., 392-393
Wenner, W. H., 152
Werker, J. R., 213-216, 223-224
Werler, M. M., 130-131
Werner, E. E., 157-159, 430-431
Wertz, D. C., 117
West, L., 330-331
West, R. L., 675-676, 695-696
West, W. L., 132-133
West Berlin Human Genetics Institute, 136
Westen, D., 71, 85, 322-323
Westermeyer, J., 633-634
Westra, T., 181-183
Wethington, E., 644-645
"What Is a Healthy Cholesterol Level?", 518-519
Whitaker, R. C., 273-274
Whitbourne, S. K., 625-626, 631-633, 674-675
White, D. K., 161-162
White, L. K., 570-571
Whitehurst, G. J., 88-89, 224-225, 296-299
Whittall, S., 290-292
Wickelgren, I., 518-520, 675-676
Wickramaratne, R. J., 132-133
Widom, C. S., 342-343
Wiencke, J. K., 453-454
Wiggins, S., 117
Wilcox, A. J., 103-104, 136
Wiley, J. G., 199-200
Wille, D. E., 251
Willett, W. C., 518, 600-601
Williams, G., 605-606
Williams, J. E., 321-322
Williams, K. A., 213-215
Williams, L., 342-343, 440
Williams, M. E., 594-595
Williams, S., 392-393
Williams, T. F., 674-675
Williams, W. M., 378-380, 537
Williams, William Carlos, 687-689
Williamson, D. R., 357-359, 520
Willinger, M., 160-162
Willis, S. L., 589, 606-613, 691-693
Willms, J., 131-132
Wilson, A., 160-161, 292-293
Wilson, C., 134-135
- Wilson, R., 292-293
Wilson, G., 133-134
Wilson, M. N., 57-58
Wingfield, A., 693-694
Wingo, P. A., 517, 521, 524-525
Winick, M., 129-130
Wink, R., 560-562
Winkleby, M. A., 358-359
Winner, E., 293-294, 393-396
Winston, R. M. L., 137-138
Wippman, J., 251
Wiseman, E. J., 676-677
Wittman, R. A., 515
Wittrock, M. C., 173
Wolf, A., 275, 449-450
Wolf, M., 538
Wolf, R. C., 447-448
Wolf, S. L., 678-679
Wolfe, D. A., 341-343
Wolfe, M., 414-415
Wolfe, R., 686-687
Wolff, R. H., 152, 231-233
Wolfinger, N. P., 412-413
Wolfson, A. R., 447-448
Wolfson, L., 678-679
Wolk, A., 599-600
Wong, W. W., 357-358, 442-443
Wood, A., 368-369
Wood, D., 82-83
Woodruff, D. S., 675-676
Woods, Margo N., 596
Woodward, A. L., 215-216
Woolley, J. D., 291-293, 300-301
Wooten, J., 703
- World Cancer Research Fund and the American Institute for Cancer Research, 518
World Features Syndicate, 569
World Health Organization (WHO), 165, 279, 358-359, 440, 518-519, 664-669
World Medical Association, 440
Worobey, J., 134-135
Worthington-Roberts, B. S., 453-454
Wortman, C. B., 741-743
Wozniak, R., 336-337
Wright, A., 132-133, 155-156, 165
Wright, J., 298-299
Wright, J. A., 273-274
Wright, J. T., 596
Writing Group of PEPI Trial, 600-601
Wu, Z., 568, 569
WuDunn, S., 136-137, 412-413, 714-715
Wykle, M. L., 682-683, 685-686, 708
Wynn, Karen, 207-209, 111
- Xia, Y., 345-346
- Yaeger, J., 296-297
Yaffe, K., 600-601
Yamada, E., 174
Yarnaguchi, K., 451-452
Yamashita, T., 133-134
Yamazaki, J. N., 134-136
Yang, B., 345-346
Yarrow, M. R., 290-291
Yau, J., 495

Yazigi, R. A., 136
Yildirim, A., 508
Yirmiya, N., 123-124, 256-257
Yllo, K. A., 571-572
Yogman, M. J., 241-242
Yoshikawa, H., 504-507
Young, A., 213-216
Young, T. P., 525-527
Youngblade, L., 251, 290-291
Youngstrom, N., 429-430

Zabin, L. S., 489
Zalm-Waxler, C., 253-254, 335-339
Zaia, A. F., 347, 424-425
Zajac, R., 382-383
Zametkin, A. J., 390-393
Zanjani, E. D., 117
Zarbatany, L., 417-418, 502
Zelazo, N. A., 182-183
Zelazo, P. D., 182-183, 199-200
Zelazo, P. R., 176, 182-183, 204-206

Zelinski, E. M., 694-695
Zellman, G. L., 487-488
Zeman, J., 403-404
Zhang, H., 287-288
Zhang, Y., 358-359, 520
Zhensun, Z., 271-272
Zhu, B.-P., 155
Zhu, J., 287-288
Zickler, P., 451-452
Zigler, E., 305-308, 342-343, 506-507

Zimiles, H., 469-470
Zimmerman, B. J., 463-465
Zimmerman, M. A., 498
Zimmerman, R. R., 240-241
Zirnirin, H., 342-343
Zucker, K. J., 322-323
Zuckerman, B., 133-134, 253-254
Zuckerman, M., 564

Índice Remissivo

- Abismo visual**, 180-182, **181**
Abordagem behaviorista, 189-192
Abordagem biológica, no desenvolvimento de gênero, 321-323
Abordagem da neurociência cognitiva, 77-78, 203-204, 209-212
Abordagem de imersão no inglês, 388-389
Abordagem de linguagem integral da leitura, 381-382
Abordagem de processamento de informações, 77, **204**
atenção seletiva e, 372-374
metamemória no, 372-373
mnemônica no, 372-374
no desenvolvimento cognitivo, 76-77, 498-504, 370-375
processos básicos e capacidades, 371-372
tarefas piagetianas e, 372-375
Abordagem piagetiana, **189**
da teoria de estágios cognitivos, 66-68, 74-77
das operações formais, 69-70, 454-458
do desenvolvimento cognitivo, 69-70, 74-77, 189, 196-203, 283-294, 364-371, 454-458
do estágio operacional concreto de desenvolvimento, 69-70, 364-371
do estágio pré-operacional de desenvolvimento, 69-70, 283-294
do estágio sensorio-motor de desenvolvimento, 69-70, 196-203
Abordagem psicométrica, **189**
do desenvolvimento cognitivo, 189, 191-197, 303-304, 374-380
na segunda infância, 303-304
na terceira infância, 72-85
Abordagem sociocontextual, **203-204**, 211-213
Aborto, 127-128, 132-134
Aborto, espontâneo, 127-128, 132-134
Abuso, 340-344
de crianças, 340-344
de idosos, **722**, **724**
do cônjuge, 570-573
físico, **340-344**
sexual, **340**, 341-343
Abuso de substâncias, **451-452**
na adolescência, 451-454
na idade adulta inicial, 522-523
saúde e, 522-523
Accutane, 131-132
Aceleração, 393-395
Aciclovir, 490
Acidente de Chernobyl, 136
Acidentes em veículos automotores, e crianças pequenas, 279
Ácido desoxirribonucleico (DNA), **104-105**, 168
Ácido fólico, 130-131
Acomodação, 75-76
Acomodação da identidade, **631-632**, 632-633
Aconselhamento genético, 114-116
Aculturação, 56-57. *Ver também* Cultura
Adaptação, 75-76
Adaptações características, 559-560
Adoção, 408-410
aberta, **409-410**
Adolescência, 434, 440
atividades diárias durante, 494-495
busca de identidade na, 53-54, 477-483
cultura e, 507-509
delinquência juvenil na, 502-508
desenvolvimento cognitivo na adolescência, 437-438, 454-463
desenvolvimento físico e mental na, 446-455
desenvolvimento físico, 440-447
desenvolvimento psicossocial na, 475-510
educação na, 462-471
gravidez durante a, 155, 487-490, 493
morte na, 453-455
pais e, 495-499, 643-645
pesar na, 153
pesquisa intercultural sobre, 63-64
principais desenvolvimentos na, 52-54
puberdade e, 440-447
relacionamentos com os irmãos na, 499-500
relacionamentos com os pares na, 500-502
sexualidade na, 483-490, 493
suicídio na, 454-455, 153
trabalho em turno parcial na, 467
transtornos da alimentação na, 448-452
uso de drogas na, 451-454
Afiliação, 562-563
Afirmção de poder, 332-333
África
hipertensão na, 601-602
meia-idade na, 628
paternidade na, 242-243
períodos de infância na, 51-52
Africânder, distúrbios genéticos em, 112
Afro-americanos
adoção e, 408-409
atividades adolescentes dos, 494
avós e, 653-654
baixo peso natal entre, 153-156
comprometimento visual em, 363-364
conflito familiar e, 495
desenvolvimento cognitivo dos, 194-195
desenvolvimento físico de, 357-358
desenvolvimento psicossocial de 399-401, 475-476, 515-516
distúrbios genéticos e, 112
educação de, 468-469
escores de QI, 378-379
estilo de criação dos, 335-336
estratégias adaptativas dos, 56-58
expectativa de vida e, 525-526, 669-670
famílias na terceira idade, 726-727
fatores de risco e; 601-604
gênero e saúde de, 601-604
homicídio e, 454-455
nas artes, 399-400
pais, 242-243
pobreza entre, 281-282
pressão arterial dos, 358-359
religião e, 709-710
saúde de, 524-525, 599-604
taxa de mortalidade infantil e, 159-161
Agressão. *Ver também* Violência
cultura e, 338-339
entre irmãos, 345
explícita, 337-338, 422
fontes e desencadeadores de, 337-338
hostil, 337-338, 422
instrumental, 336-338, 72
intimidação e, 423-425
na terceira infância, 422-425
processamento de informações sociais e, 40-41, 129-130
relacionai (social), 337-338, 422
televisão e, 422-424
AIDS. *Ver Síndrome da imunodeficiência adquirida*
Álcool
adolescência e, 452-453
desenvolvimento cerebral e, 101-102, 131-132
envelhecimento e, 685-687
estresse e, 603-604
gravidez e, 101-102, 131-133, 136
jovens adultos e, 522-523
saúde e, 522-523
Alcoolismo, 523
Alelos, **106-107**
Alfa talassemia, 110
Alfabetização, **212-213**, **545**
educação no local de trabalho e, 574-546
emergente, 297-299
interação social e, 297-299
leitura em voz alta e, 223-225
na terceira infância, 380-383
Alimentação, de bebês, 164-166. *Ver também* Nutrição
Altruismo, 335-337, 633-634
Ama-de-leite, 164-165
Amamentação, 164-165
Amamentação infantil, 164-166
Ambiente, 53-54
características físicas e, 121-122
características fisiológicas e, 121-122
desenvolvimento cerebral e, 134-136
desenvolvimento humano e, 45-46, 53-54, 85, 65-66
desenvolvimento pré-natal e, 129-136
educação e, 383-388
genótipo e, 119-122, 490
hereditariedade e, 53-55, 65-66, 115-124
inteligência e, 120-123, 134-136, 194-196
lar, 194-196
na primeira infância, 156-159
para população em envelhecimento 666
personalidade e, 122-123
psicopatologia e, 122-124
saúde de crianças pequenas e, 279-284
Americanos asiáticos
aprendizagem da língua inglesa entre imigrantes, 60
conflitos familiares de, 495-497

- distúrbios genéticos e, 112
educação, 387-384
escores de QI e, 378-379
estratégias adaptativas de, 56-57
expectativa de vida de, 669-670
famílias na terceira idade, 72b-727
formação de identidade e, 481-482
modo de brincar de, 331-332
taxa de mortalidade infantil e; 159-160
temperamento dos, 238-240
Americanos mexicanos. *Ver* Hispano-americanos
Americanos nativos. *Ver* Indígenas americanos
Amígdala, 234-235
Amizade
características e efeitos da, 347-348
escolhendo amigos, 347
etapas, 422
intimidade na, 562-563
na adolescência, 501-502
na idade adulta inicial, 562-563
na meia-idade, 643-644
na terceira idade, 725-727, 729-732
na terceira infância, 419-422
Amnésia, infantil, 299-300
Amniocentese, 136-137
Amor
companheiro, 564
concepções culturais do, 563-564
consumado, 564
ilusório, 564
no jovem adulto, 562-566
padrões, 564
retirada do, 333
romântico, 563-564
teoria triangular do, 564
vazio, 564
Amostra, 84-85
Amostragem das vilosidades coriônicas, 136-138
Amostragem do cordão umbilical, 137-138
Amostragem do sangue fetal, 137-138
Andaime, 82-83, 200-201, 304-305
Anemia, 165-166
Anemia
de Cooley (beta-talassemia), 110,112,114-116
falciforme, 109-112,117,137-138
hemolítica, 112
por deficiência de ferro, 458-459, 461
Anencefalia, 110,130-131
Animismo, 285-286, 286-288
Anorexia nervosa, 448-449, 449-450, 450-452
Anormalidade genéticas, 107-114, 137-138
Anormalidades cromossômicas, 113-116,137-138
Anoxia, 150-151
Ansiedade ante estranhos, 249-250
Ansiedade de separação, 249-250
Antioxidantes, 671-673
Aparência, preocupação com, 597-599
Apartamento acessório, 723
Apego, 241-242, 245-246-251
ambivalente (resistente), 246-247
cuidado de crianças e, 264-265
desorganizado/ desorientado, 246-247
efeitos a longo prazo de, 250-251
estabelecimento de, 247-249
evitativo, 246-247
intergeracional
padrões de, 246-248
seguro, 246-247
temperamento e, 248-249
transmissão de, 249
Aposentadoria, 716-719
Aprendizagem, 72
a distância, 617-618
bidirecional em duas línguas, 388-390
mecânica básica da, 483-486
na idade adulta, 617-619
na terceira idade, 697-699
observacional, 73-74
predisposição para a, 241-242
vitalícia, 697-699
Aprendizes nativos, 60
Aprendizes precoces, 60
Aprendizes tardios, 60
Área dorsolateral, 211-212
Armas de fogo
mortes na adolescência e, 454-455
mortes na segunda infância e, 279-280
Armas. *Ver* Armas de fogo
Armazenamento, 371-372, 694-695
Arrulhar, 508
Arteriosclerose, 358-359
Artrite, 680-681
Artrite reumatóide, 680-681
Asma, 363-364, 680-681
Aspirina, 131-132
Assédio sexual, 605-606
Assimilação, 75-76
cultural, 56-57
identidade, 631-633
Assimilação cultural, 56-57
Assimilação da identidade, 631-632, 632-633
Assistência em asilos, 740-741
Assistência infantil
acidentes e, 279-280
escolhendo a instituição de, 263-264
impacto sobre bebês e crianças pequenas, 262-266
Assistência paliativa, 51-52
Assistência por parentes, 654-655
Assistência pré-natal, 138-140
Assumindo a condição de homossexual, 565-566
Atenção seletiva, 372-374
Atitudes
comportamento sexual e, 483-485
perante a homossexualidade, 565
perante a menopausa, 593-595
perante a paternidade/maternidade, 573-575
sexuais, 483-485
Atividade física
desenvolvimento pré-natal e, 130-131
na idade adulta inicial, 520-521
na idade adulta, 591
na terceira idade, 681-682
obesidade e, 358-359
saúde e, 520-521
Atividade sexual pré-conjugal, 483-489
Atividade. *Ver* Atividade física
Físico activity
Atividades instrumentais da vida diária (AIVD), 691-692
Atratividade, na meia idade, 597-599
Audição
auxílios para a, 666, 677-678
na meia-idade, 591-592
na terceira idade, 666, 677-678
na terceira infância, 363-364
no primeiro ano de vida, 469-470
Autismo, 123-124
Auto-aceitação, 635-636
Auto-avaliação, 255
Autobiográfica, memória, 300-302, 300, 302-303
Autoconceito, 255, 315
na criança pequena, 255
na segunda infância, 315-316
nos jovens adultos, 559-560
Autoconsciência, 234-235, 255
Autocontrole, 705-706
Autodefinição, 315-316
Autodescrição dos pais, 84-85
Auto-eficácia, 344, 463-464, 465
Auto-estima, 318-319
aparecimento e, 598-599
direito a, 93-96
na idade adulta, 598-599
na segunda infância, 318-321
na terceira infância, 401-403
Auto-imunidade, 672-673
Autonomia, 69-70
bem-estar e, 635-636
desenvolvendo, 255-256
Autonomia versus vergonha e dúvida, 256
Auto-realização, 73-75
Auto-regulação, 256
em crianças pequenas, 256-257
fala privada, 296-297
Autoridade, respeito pela; 370-371
Autossomos, 105-106
Auxílio a famílias com filhos dependentes, 282-283
Auxílios à memória, externos, 372-373
Auxílios externos à memória, 372-373
Auxílios para mobilidade, 666
Avaliação
na meia-idade, 630-631
Nacional do Progresso Educacional, 381-382
neonatal, 153-155
Pré-escolar de Apego, 247-248
pré-natal, 136-138
Aveyron, menino selvagem de, 45-46, 58-59
Avós, 651-656
bisavós e, 733-735
criando netos, 654-656
divorciar-se e recasar e, 653-655
etnicidade e, 651-654
gênero e, 652-654
papel dos, 651-653
terceira infância e, 399-400,415-417
Axônio, 168,171
AZT (zidovudina), 134
Bairro
abuso de crianças e, 342
comportamento anti-social no, 505-507
desenvolvimento humano e, 55-57
Baixo peso natal, 153-157
Balbuciar, 213-214, 220-222
Balbucio com as mãos, 515
Bateria de Avaliação Kaufman para Crianças (K-ABC), 377-378
Bebê(s)
alimentação do, 164-166
baixo peso natal, 153-157
de pré-termo (premature), 153-155, 156-157
hipermaduro, 156-157
nas famílias, 239-245
pequenos para a data (pequenos para a idade gestacional), 153-155
Behaviorismo, 72-73
Bem-estar, psicológico, 632-637
na idade adulta, 632-637
Beneficência, 93-95
Beta talassemia (anemia de Cooley), 110,112,114-116
Bilingüe, 388-389
Biografia objetiva, 559-560
Biorrismos, 447-448
Bisavós, 733-735
Bisfosfonates, 601-602
Bissexual, 483
Blastocisto, 124,126-128
Boa forma física. *Ver* Boa Forma

Boa Forma. *Ver também* Atividade física

manutenção da, 361-363
na adolescência, 447-448
na idade adulta inicial, 518-527

Brincar

categorias do, **329-330**
construtivo, 328-330
cooperativo, 329-330
cultura e, 331-332
diferenças de gênero no, 330-332
dimensão social do, 329-331
faz-de-conta, **329-330**
funcional, **328-329**
imaginativo, 329-330
impetuoso, **360-361**
na segunda infância, 328-332
paralelo, 329-331
solitário independente, 329-330

Bronquite, 458-459

Bulimia nervosa, 448-449, **449-451**

Busca visual, 591-592

Cachumba, 161-162

Cafeína, e gravidez, 132-134, 160-161

Cálcio, 599-600

Campo de estudo do desenvolvimento humano
como disciplina científica, 50
estudos do ciclo de vida no, 47-50

evolução do, 38, 47-50
temas básicos, 39-40

Canadenses, temperamento dos, 238-240

Canalização, **118-120**

Câncer; 117

de mama, 117, 600-604

de pulmão, 117

estresse e, 602-604

etnicidade e, 602-604

gênero e, 525-527

nutrição e, 518

tabagismo e, 132-133, 136

terapia de reposição hormonal e, 599-602

uterino, 601-604

Capacetes, e segurança, 367-368

Capacidade de reserva, **675-676**

Capacidade representacional, **198-199**

Capacidade vital, **592-593**

Capacidades sensoriais, no

primeiro ano de vida, 175-176

Capital conjugal, **641-642**

Capital social, **466**, **468**

Caracteres sexuais primários, **443-444**

Caracteres sexuais secundários, **444-445**

Cariótipo, 114-116

Casais com renda dupla, 575-577.

Ver também Pais que trabalham fora

Casamento, 569-577

abuso do cônjuge no, 570-573
atividade sexual depois do, 569-570

ausência de filhos e, 574-576

casais com renda dupla e, 575-577

coabitação *versus*, 568

cultura e, 569-570

dificuldade econômica e, 573-574

divórcio e, 409-413, 576-579,

641-643, 653-655

fatores no êxito ou fracasso do, 569-571

finalidade do, 569

idade no, 569-570

infertilidade e, 529

ingresso, 569-570

longevidade e, 705-706, 725-726

na idade adulta, 669-671

na terceira idade, 705-706, 725-729

paternidade/maternidade e, 574-575

recasar, 413-415, 576-581, 653-655, 728-729

reprodução dentro do grupo (inbreeding) e, 109, 111

saúde e, 526-527

viuvez e, 744-746

Cataratas, **676-677**

Categorização. *Ver* Classificação Causalidade

na segunda infância, 284-287

na primeira infância, 200-202, 208-211

na terceira infância, 365-367

Centenários, 664-665, 672-674. *Ver também* Envelhecimento; Terceira Idade

Centração, 285-286, 287-289

Centro de Desenvolvimento de Crianças e Pais de Houston, 506-507

Cerebelo, 166-170, 211-212

Cérebro

células do, 168-170

conexões neurais no, 168-171

desenvolvimento da linguagem e, 220-222

doença de Alzheimer e, 600-601, 682-686

emoções e, 234-236

envelhecimento do, 675-677

estruturas cognitivas do, 209-212

hemisférios do, 166-167, 462-463

lateralização do, 166-167

memória e, 168-170, 463-464, 694-696

modelação do, 173-174

principais partes do, 166-168

Cérebro, 460-462, 168-170

Cerviz, 103-104

China

defeitos congênitos na, 130-131

grupos de pares na, 419-421

política de filho único, 375-376

Chorar

desenvolvimento da linguagem e, 508

desenvolvimento psicossocial e, 231-233

Ciclo de vida

estendendo, 672-674

períodos do, 51-85

Cílios, 103-104

Circuncisão, 176, 628

Clamídia, 490, 491

Classificação

na segunda infância, 284-288

na terceira infância, 365-367

Climatério, 593-595

Climatério masculino, 594-595

Clone, **103,112**

Coabitação, **568**

Cocaína, 133-134, **136**

Codeína, 133-134

Codificação, **371-372**, 694-695

Coolesterol, 358-359, 518-520, 680-681

Coleta de dados, 84-86

Comissão de Oportunidades

Iguais de Emprego, 117

Comissão Federal Norte-americana de Comunicações, 386-387

Companheiros imaginários, 292-293

Competência engenhosa, 90-91

Complexidade substantiva, **544**

Complexo de Édipo, 67-68

Complexo de electra, 67-68

Comportamento anti-social, de

adolescentes, 502-508

Comportamento inteligente, **189**

Comportamento pró-social **335-337**

Comportamentos reflexos, 153, 153-155, 170-173, 179-181

Compreensão biológica, 286-288

Comprometimento, **479**

intimidade e, 564

no casamento, 569-570

Comprometimento da visão, 362-364

Comunicação emocional com

cuidadores, 251-254

Comunidade de aposentados com assistência contínua, 723

Comunidades de aposentados, 723

Conceito de objeto, 198-200

Condição socioeconômica (CSE), **55-56** *Ver também* Pobreza

baixo peso natal e, 153-155, 184

casamento e, 573-574

desempenho escolar e, 387-388,

466, 468

desenvolvimento humano e,

55-57

divórcio e, 578-579

identidade de gênero e, 638-639

QI e, 193-195

saúde e, 280-283, 362-363, 524-525, 598-600

Condicionamento

clássico, **72,189-190**, **484-485**

operante, **72-73,189-192**

Condutância da pele, medindo, 300, 302-303

Confiabilidade, **192-193**

de testemunha ocular, 300-302

dos testes, 192-193

Confiança, 243-246

Confiança básica *versus*

desconfiança básica, 243-246,

477-478

Confusão de identidade, 69-70

Conhecimento espacial, dos

bebês, 494, 200-202

Conhecimento especializado, 609-

611

Conhecimento tácito, 535-537,

696-697

Conjunto-Q de Apego, 247-248

Conquista da identidade, 479,

479-480

Consciência, **256-257**

desenvolvimento da, 256-260

origens da, 256-258

Conscienciosidade, 554, 705-706

Consentimento informado, 93-95

Conservação, **288-289**

na segunda infância, 285-286,

288-290

na terceira infância, 365-370

Consistência de gênero, 323-324

Consolidação da carreira, 556-557

Constância da categoria sexual,

323-324

Constância de gênero, **323-324**

Consternação, 739-747

Constrangimento, **moralidade**,

369-371

Construção social, **51**

Contagem. *Ver* Números

Contraceptivos, 486-487

Controle da cabeça no primeiro

ano de vida, 471-472

Controle das mãos no primeiro

ano de vida, 471-472

Controle de peso, 358-359

Controle do ego, **554-555**

Controle inibitório, 257-258

Cooperação, **moralidade de**, 369-

371

Coordenação,

na terceira infância, 591-592

Coortes, **57-58**

Coqueluche, 161-162

Co-regulação, 404-406

Córon, 124, 126-127

Corpo caloso, 166-167

Correlação genótipo-ambiente,

119-121, 121-122, 490

Correlações ativas, 120-121

entre variáveis, 88-89

evocativas, 119-120

genótipo-ambiente, **119-122**,

195-196

- passivas, 119-120
reativas, **119-120**
- Correr riscos sexuais, 484-489
- Corte Suprema dos Estados Unidos, 747-749
- Córtex cerebral, 460, 462
- Córtex motor, 220-222
- Córtex pré-frontal, 211-212, 695-696
- Córtex pré-frontal fronto-polar, 544
- Crenças
auto-eficácia, 463-465
falsas, 291-294
sobre gênero; 324-326
- Crescimento emocional, na terceira infância, 72-110
- Crescimento. *Ver também*
- Desenvolvimento físico
diferenças de gênero no, 273
emocional, 402-404
na segunda infância, 273-274
na terceira infância, 357-358
no primeiro ano de vida, 456-458
- Criação sem tolices, 335-336
- Crianças**
de aquecimento lento, 236-237, 237-238
- Crianças difíceis, 236-237, 237-238**
- Crianças fáceis, 236-237, 237-238**
- Crianças resilientes, 429-431**
- Crianças superdotadas e talentosas, 393-396
educação, 393-396
identificação, 393-394
vidas de, 393-395
- Criatividade,
definindo e medindo, 393-395
inteligência e, 613-615
- Crise, 479**
- Crise da meia-idade, 628, 629-631**
- Crise filial, 647-648**
- Cromossomas, 104-105**
sexuais, 105-106
- Cromossomas X, 105-106
- Cromossomas Y, 105-106
- Cronossistema, 81-82**
- CSE. *Ver* Condição socioeconômica
- Cuidador, comunicação emocional com, 251-254
- Culpa, 69-70, 317-319
- Cultura, 56-57. Ver também**
- Pesquisa intercultural
abuso de crianças e, 342
adolescência e, 507-509
agressão e, 338-339
apego e, 247-248
auto-estima e, 401-403
avós e, 651-652
brincar e, 331-332
casamento e, 569-570
compreensão biológica e, 287-288
concepções de amor e, 563-564
- desenvolvimento cognitivo e, 368-370
- desenvolvimento de gênero e, 327-329
- desenvolvimento humano e, 39-40, 56-58
- desenvolvimento motor e, 181-183
- educação e, 386-388
- envelhecimento e, 714-715
- estilos de criação e, 334-336, 383-385
- idade adulta e, 589-590, 628
- menopausa e, 596
- moralidade e, 462-463, 538-539, 541
- morte e, 739-740
- padrões de sono e, 166-167, 273-275
- participação guiada e, 212-213
- paternidade e, 242-243
- permanência do objeto e, 495
- popularidade entre pares e, 419-421
- pré-escolas e, 305-307
- reação e, 253-254
- reflexos e, 173
- relacionamentos entre irmão e, 416-418
- temperamento e, 238-240
- testes de inteligência e, 375-376, 378-379
- Curvar a língua, 106-107
- Curvas de sobrevivência, 672-673**
- Custódia, 410-412
- Custódia conjunta, 410-412
- Debate natureza-experiência, 53-55, 65-66, 115-124
sobre a aquisição da linguagem, 218-220
sobre o desenvolvimento de gênero, 321-329
- Decalagem horizontal, 367-368**
- Decepção, na segunda infância, 292-294
- Defeitos congênitos
anormalidades cromossômicas, 113-116, 137-138
anormalidades genéticas, 107-114, 137-138
fatores que contribuem para, 129-131
idade paterna e, 136
mortalidade infantil e, 159-160
tempo de ocorrência, 127-128
- Defeitos no tubo neural, 110, 130-131
- Deficiência de 1-antitripsina, 110
- Deficiências
aprendizagem, 390-392
educando crianças com, 392-394
- Deficiências de aprendizagem (DAs), 390-392**
- Degeneração macular, relacionada com a idade, 676-677**
- Degeneração macular relacionada com a idade, 676-677**
- Delinquência juvenil, 502-508
- Demência, 682-683**
- Demência de infartos múltiplos (DM), 682-683**
- Dendrito, 168, 171
- Dentes, *Ver* Dentição
- Dentição
na segunda infância, 273-274
na terceira infância, 357-358
- Dentição, 163-165
- Dependência de substâncias, 451-454**
- Depressão
em mãe de bebê ou criança pequena, 253-254
estresse econômico e, 49-50
infantil, 426-427
menopausa e, 594-595
na terceira idade, 686-687
técnicas para melhorar, 253-254
transtorno depressivo maior, 686-687
- DES (dietilestilbestrol), 131-132
- Desabitação, 203-204**
- Desautonomia familiar, 112
- Descentralizar, 288-289, 367-368**
- Desconfiança, 69-71, 243-246, 477-478
- Desemprego, 605-607
- Desenvolvimento artístico
exemplo de, 271-272, 300-302
na segunda infância, 278
- Desenvolvimento cerebral
álcool e, 101-102, 131-132
desenvolvimento cognitivo e, 368-369
drogas e, 131-134
fetal, 168
inicial, 165-174
na terceira idade, 675-677
no bebê, 165-174
pensamento adolescente e, 457-458 •
perigos ambientais e, 134-136
período crítico e, 58-59
plasticidade e, 78-79, 173-174
privação sensorial e, 173-174
trabalho complexo e, 544
- Desenvolvimento cognitivo, 51
abordagem behaviorista do, 483-486
abordagem da neurociência cognitiva do, 77-78, 498, 504-507
abordagem do processamento de informações no, 76-77, 203-211, 370-375
abordagem piagetiana do, 69-70, 74-77, 483, 491-497, 283-294, 364-371, 454-458
abordagem psicométrica do, 189, 191-197, 303-304, 374-380
- abordagem sociocontextual do, 498, 506-508
- assistência infantil e, 264-265
- auto-conceito e, 315-316
- conhecimento tácito e, 535-537, 696-697
- cultura e, 368-370
- de bebês e crianças pequenas, 480-508
- desenvolvimento cerebral e, 368-369
- estágios adultos de, 533-535
- intervenção precoce e, 195-197
- modelo do ciclo de vida do, 533-535
- na adolescência, 437-438, 454-463
- na faculdade, 542-574
- na idade adulta inicial, 531-538
- na meia-idade, 587-588, 606-619
- na segunda infância, 271-272, 283-305
- na terceira idade, 687-699
- na terceira infância, 364-380
- pensamento espacial e, 367-366
- pensamento pós formal e, 532-534, 610-612
- períodos etários de, 81-53
- teorias neopietetianas do, 76-78
- trabalho e, 544-578, 616-618
- Desenvolvimento da identidade, na idade adulta, 630-633
- Desenvolvimento da linguagem
assistência infantil e, 264-265
atrasada, 296-298
características da fala inicial, 512-513
gestos e, 214-216
habilidade pré-letradas e, 518-520
influências sobre, 515-519
marcos no, 213-214
na segunda infância, 293-299
na terceira infância, 379-383
nos bebês e crianças pequenas, 212-225
período crítico para, 58-59, 60
primeiras frases e, 216-217
primeiras palavras e, 215-220
primeiras vocalizações e, 508
seqüência do, 212-217
teorias do, 513-515
- Desenvolvimento da personalidade, 50
ambiente e, 122-123
estado de identidade, 479-480
estudos de gêmeos da, 116, 118
etapas psicossociais do, 66-70
hereditariedade e, 122-123
- Desenvolvimento físico, 51
ambiente e, 121-122
diferenças de gênero na, 357-358
hereditariedade e, 121-122
na adolescência, 440-447
na idade adulta inicial, 517-531

- na segunda infância, 271-284
na terceira idade, 667-687
na terceira infância, 355-368
no primeiro ano de vida, 161-183
períodos etários de, 51-53
princípios de, 124,126-127,161-164,178
- Desenvolvimento fisiológico**
ambiente e, 121-122
crescimento físico e mudança, 273-274
dentição e, 273-274
habilidades motoras e, 275-278
hereditariedade e, 121-122
na segunda infância, 273-278
no primeiro ano de vida, 456-458
nutrição e, 273-274
padrões de sono e, 273-276
- Desenvolvimento humano, 47-48**
desenvolvimento psicossocial
diferenças individuais no, 39-40
eventos históricos e, 39-40
influências no, 39-40,45-46, 53-61, 65-66,115-124
modelos de, passivo *versus* ativo, 65-67
mudanças qualitativas, 50, 65-66
mudanças quantitativas no, 50, 65-66
Ver também Desenvolvimento cognitivo; Desenvolvimento físico;
- Desenvolvimento moral**
na idade adulta inicial, 537-542
na meia-idade e idade adulta, 611-612
na terceira infância, 369-371
- Desenvolvimento motor**
cultura e, 181-183
diferenças de gênero no, 359-361
geral, 177, 275-276
marcos no, 176-180
maturação e, 179-181
na segunda infância, 275-278
na terceira infância, 359-361
no primeiro ano de vida, 469-477
percepção e, 180-182
refinado, 177, 275-276
treinamento e, 182-183
- Desenvolvimento no ciclo de vida, 47-52, 48-49**
- Desenvolvimento pré-natal, 123-140**
etapas do, 124,126-130
fatores maternos no, 101-102, 129-136
principais desenvolvimentos no, 51-52
- Desenvolvimento proximal, zona de, 81-83, 304-305**
- Desenvolvimento psicossocial 66-71**
Desenvolvimento psicossocial, 51,71
abordagens integradoras do, 559-562
auto-conceito e, 315-316
auto-estima e, 318-321
crise da meia-idade e, 628-631
de crianças pequenas, 229-266
desenvolvimento da identidade e, 401-404
do jovem adulto, 551-582
dos bebês, 229-266
emoções e, 231-236,315-318
estágio de autonomia *versus* vergonha e dúvida do, 256
estágio de confiança básica *versus* desconfiança básica do, 243-248, 477-478
estágio de geratividade *versus* estagnação, 69-70, 626-627, 629
estágio de identidade *versus* confusão de identidade, 477-478
estágio; de iniciativa *versus* culpa, 69-70,317-319
estágio de integridade do ego *versus* desespero, 69-70, 707-708
estágio de intimidade *versus* isolamento, 69-70, 555-557
estágio de produtividade *versus* inferioridade, 69-70,401-402, 477-478
etapas de, 69-70
gênero e, 319-329
indivuação e, 625-626
irmãos e, 259-261, 345
jogo e, 328-332
modelo de momento de ocorrência dos eventos, 553, 558-560
modelos de crises normativas, 553, 555-558, 625-629
modelos de traço, 553-555
modelos tipológicos, 553-556
na adolescência, 475-510
na idade adulta, 623-657
na segunda infância, 313-350
na terceira idade, 703-736
na terceira infância, 399-433
pais e, 240-245, 253-254, 261-266, 331-344,405-407, 497-498, 570-581
pares e, 259-261, 344-348
períodos etários no, 51-53
primeiras experiências sociais e, 239-245
relógio social e, 558-559, 628, 629-930
sexualidade e, 483-490, 493
temperamento e, 236-240
teoria e pesquisa sobre, 705-714
- Desenvolvimento. Ver**
desenvolvimento cognitivo
desenvolvimento físico;
desenvolvimento humano;
desenvolvimento psicossocial
- Desespero, 69-70, 707-708**
- Despejo de idosos, 722, 724
Dessensibilização sistemática, 340
Destreza manual, auxílios para, 666
Determinismo genético, 117
Diabetes, 680-682
Diagnóstico genético de pré-implantação, 137-138
Diários, 84-85
Diarréia, 165
Dieta. *Ver* Nutrição
Dietilestilbestrol (DES), 131-132
Diferenças de gênero
hormônios e, 322-323
na enurese, 275
na expectativa de vida, 525-526, 669-671
na formação de identidade, 480-482
na meia-idade, 636-639
na puberdade, 441-477
na reação ao ninho vazio, 644-645
na regulação mútua, 252
na resposta às dificuldades da infância, 48-50
na segunda infância, 319-322
na sexualidade, 565
na sobrevivência do feto, 127-132
na terceira infância, 357-361
nas atitudes perante a paternidade/maternidade, 573-575
nas doenças cardíacas, 599-604
no abuso sexual, 341-342
no brincar, 330-332
no crescimento, 273 na saúde, 524-527, 599-602
no desenvolvimento cerebral, 675-676
no desenvolvimento físico, 357-358
no desenvolvimento moral, 462-463
no desenvolvimento motor, 359-361
no desenvolvimento psicossocial, 67-68
no estilo de vida, 526-527
no movimento no útero, 42
nos avós, 652-654
nos problemas de infância, 156-157
pais e, 242-245, 326-328
relacionadas com o trabalho, 605-607
- Diferenças individuais, 53-54**
Diferenciação, 168-170
no desenvolvimento cerebral, 168-170
sexual, 105-106
Difteria, 161-162
Difusão da identidade, 479, 479-480, 480-481
Direito de morrer, 746-750
Direitos dos cuidadores, 650
dos participantes de pesquisas, 93-96
- Diretivas de avanço, 747-749
- Disciplina, 331-332**
agressão e, 423-424
formas de, 331-333
na segunda infância, 331-333
na terceira infância, 405-406
- Disco embrionário, 124,126-127
- Discriminação, e
testes genéticos, 117
- Disfunção erétil, 527-528, 595-597**
Disfunção sexual, 527-528
- Dislexia, 390-392**
- Dismenorréia, 528
- Dispositivo de aquisição de linguagem (DAL), 219-220**
- Distribuição randômica, 89-90**
- Distrofia muscular, 110
Distrofia muscular de Duchenne, 110
- Distúrbio XXX (X triplo), 113-114
Distúrbio XYY, 113-114
Distúrbios genéticos nos, 112,114-116
- Divórcio, 576-579
adaptando-se ao, 577-579
avós e, 653-655
filhos e, 409-413
in idade adulta, 641-643
motivos para o aumento, 577-578
na terceira idade, 728-729
- DNA (ácido desoxirribonucléico), 104-105, 168**
- Doença cardíaca
da membrana hialina, 155-156
de Huntington, 114-116
de Parkinson, 682-683
de Tay-Sachs, 109-112,114-116
estresse e, 602-604
gênero e, 599-600, 602-604
inflamatória pélvica (PID), 490
na terceira idade, 680-681
nutrição e, 518-519, 599-600
obesidade, 358-359
policística renal, 110
renal, 110
- Doenças
compreensão, por parte das crianças, 361-362
maternas, 134-135,139-140
na segunda infância, 279
na terceira infância, 363-364
no primeiro ano de vida, 109-112,114-116
- Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), 484-485**
adolescentes e, 484-485,489-491
durante a gravidez, 134-135
jovens adultos e, 527-528
- Domínio ambiental, 635-636
- Dopamina, 453-454
- Dor, no primeiro ano de vida, 175
- Doula, 149-150
- Drogas de porta de entrada, 452-454**
Drogas para fertilidade, 104-105

Drogas. *Ver também drogas específicas*

abuso de, 451-454, 522-523
adolescência e, 451-454
de porta de entrada, 452-454
desenvolvimento prenatal e, 130-134, 136
jovens adultos e, 522-523
Duplo padrão, 483-485, 597-598
Dúvida, 69-70, 256

ECHO - oportunidade de moradia em chalé para idosos, 723

Ectoderma, 124, 126-127

Edema, 361-362

Educação

abandono, 468-470
agressão e, 336-339
altruísmo e, 335-337
ambiente e, 383-388
bilíngüe, 388-390
condição socioeconômica e, 384-385, 466, 468
crenças de auto-eficácia e, 463-464, 465
cultura e, 386-388
de crianças com deficiência, 392-394
de crianças superdotadas e talentosas, 393-396
deficiências de aprendizagem e, 390-392
déficits de atenção e hiperatividade e, 390-393
disciplina e, 331-334, 405-406
envolvimento dos pais e, 383-385, 463-464, 466
etnicidade e, 387-389, 464, 466, 468-470
expectativas dos professores e, 384-386
faculdade, 542-544
família e, 383-385, 466, 468
influência dos pares e, 464, 466
influências sobre o desempenho, 387-388, 463-469
maltrato e, 340-344
medo e, 338-340
na adolescência, 462-463
na idade adulta inicial, 571-544
na segunda infância, 305-309, 331-344
na terceira infância, 382-396, 404-408
planejamento e, 469-471
pobreza e, 406-408
popularidade e, 347-348
primeira série e, 382-384
QI e, 487-489
qualidade da, 468-469
questões envolvendo, 404-406
reprodução assistida e, 531
retardamento mental e, 388-391
segunda língua, 388-390
sem tolices, 335-336
sexo, 486-488
testes de inteligência e, 378-380

trabalho e, 467, 545-546, 614-619
trabalho em meio turno e, 467
Educação dos filhos
atitudes para com, 573-575
satisfação conjugal e, 574-575
ser padrasto/madrasta, 413-415, 578-581

Educação em segunda língua, 388-390

Educação sexual, 486-488

Efeito Flynn, 456-457

Efeitos ambientais, não-compartilhados, 120-122, 121

Ego, 68-69

Egocentricidade, 79-80

Egocentrismo, 285-286, 289-291, 294-295

Elaboração, 372-373

Elemento

componencial, 376-377

contextual, 376-377

experencial, 376-377

Emaranhados neurofibrilares, 684-685

Embrião, 124, 125-128

Embrioscopia, 137-138

Emoção(ões), 231

crescimento cerebral e, 234-236
desenvolvimento psicossocial e, 231-236, 315-318
dirigidas a si mesmo, 316-317
idade de desenvolvimento das, 234-235
más ações e, 255
na segunda infância, 315-318
primeiros sinais de, 231-234
simultânea, 316-318
supressão, 402-404

Empatia, 288-290
na primeira infância, 217-218
na segunda infância, 288-291

Encapsulamento, 610-611

Encontrar defeitos, 457-458

Endoderme, 124, 126-127

Enfraquecimento da audição, 363-364.

Ver também Surdez

Enfrentamento, 708-711

Enfrentamento enfocado na emoção, 709, 711

Enfrentamento enfocado no problema, 708-710

Enfrentamento paliativo

(enfocado na emoção), 709-711

Engajamento ativo, 469-470

Engenharia genética, 117

Enriquecimento, 393-395

Ensaio, 372-373

Entrevista aberta, 84-85

Entrevista de Apego Adulto (EAA), 249

Entrevista estruturada, 84-85

Entrevistas, 84-85, 249, 453-454

Enurese, 275-276

Envelhecimento primário, 666-668

Envelhecimento secundário, 667-668

Envelhecimento. *Ver também*

Terceira idade

álcool e, 685-687

ambiente e, 666

"bem-sucedida" ou "ideal,"

703-704, 710-714

desempenho no trabalho e, 716

estilos de vida e questões

relacionadas com, 713-725

imagens do, 663-664

longevidade e, 664-665, 667-

674

no Japão, 714-715

padrão clássico de, 687-689

primário, 666-668

secundário, 667-668

teorias do, 670-673

Epidurais, novas anestésias 147-149

Episiotomia; 149

Episódio de reunião, 252

Equilíbrio, 75-76

Equilíbrio, na terceira idade, 678-679

Erogênios, 131-132, 322

Erro A, não B, 199-200

Escala Apgar, 153

Escala de Inteligência Pré-escolar e Primária de Wechsler,

Revisada (WPPSI-R), 303-304

Escala de Inteligência Stanford-

Binet, 192-193, 303-304

Escala de Inteligência Wechsler

para Crianças (WISC-III), 374-

375

Escala mental, 192-193

Escala motora, 192-193

Escala Wechsler de Inteligência

Adulta (EWIA), 687-689

Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil, 192-194

Escalas de classificação do

comportamento, 192-193

Escolarização. *Ver* Educação

Escolha do nicho, 120-121

Escrita, na terceira infância, 381-

383

"Escrita de idéias", 271-272

gêmeos

monozigóticos(idênticos), 103-105, 116, 118

Esgotamento, 606

do cuidador; 648-649, 650

Espancamento, 332-333. *Ver*

também Punição física

Esperança, 245-246

Esperma, 103-104

Espermarca, 442-443, 444-445

Espinha bífida, 107-110, 130-131

Esquemas, 75-76, 196-197

Esquemas de vida, na terceira

idade, 722, 724

Esquizofrenia, 123-124

Estabilidade do gênero, 323-324

Estado

de consciência (de vigilância), 152

de identidade, 479-481

vegetativo, persistente, 748-749

Estágio

aquisitivo, 533-534

de criação de herança, 534-535

de reintegração, 534-535

embrionário, 127-129

executivo, 533-534

realizador, 533-534

reorganizacional, 534-535

responsável, 533-534

sensorio-motor, 69-70, 196-203

Estágio pré-operacional, 69-70,

283-294

aspectos imaturos do, 287-291

avanços no desenvolvimento

cognitivo durante, 283-288

teorias da mente e, 290-294

Estagnação, 69-70, 626-627, 629

Esterótipos, de gênero, 321-322, 327-329

Estilo de leitura com

compreensão, 298-299

Estilo de leitura com descrição,

298-299

Estilo de vida

diferenças de gênero, 526-527

enfocado na família, 718-719

na terceira idade, 713-725

saúde e, 602-607

Estilos de criação, 334-336

adolescentes e, 496-497

cultura e, 334-336, 383-385

educação e, 383-385, 463-464, 466

Estilos de identidade, 631-633

Estratégias adaptativas, 56-58

Estratégias mnemônicas, 372-374

Estresse, 279-280

administração da, 604-606

causas e efeitos de, 602-605

econômico, 48-50, 77-79, 499,

570-571

eventos de vida e, 604-605

in terceira infância, 427-431

na meia-idade, 602-607

na segunda infância, 279-281,

428-429

ninho vazio e, 644-645

relacionado com o, 604-607

saúde e, 279-281, 602-607

violência e, 428-430

Estressores, 602-604

Estriado, 506-507

Estrogênio, 322-323, 599-602, 675-

676

Estrutura de vida, 556-557

Estruturas conceptuais, 77-78

Estruturas operacionais, 69-70, 77-

78

Estudo Escolar Inicial (EEI), 382-

384

Estudo Longitudinal de Seattle de

Inteligência Adulta, 606-610, 617-

618, 690-693, 705-706

- Estudo Longitudinal Kauai, 451-453
- Estudos
- correlacionais**, 87-88, 88-92
 - de adoção, 116,118
 - de caso, 86-88
 - de controle do córion, 121-122
 - do laço mãe-bebê 240-241
 - Estudos de gêmeos, 116,118-119
 - estudos com controle de gêmeos, 118-119
 - sobre enurese, 275
 - sobre influência da família, 304-305
 - sobre o desenvolvimento da personalidade, 116,118
 - sobre orientação sexual, 483-484
 - Estudos etnográficos e**, 87-88
 - Estudos familiares, 116,118
 - Estudos longitudinais**, 90-91, 93, 157-159, 606-610, 617-618, 690-693
 - Estudos seqüenciais**, 93
 - Estudos transversais**, 91-92, 93
 - Estupro, 565
 - Estupro por conhecido, 565
 - Ética, de pesquisa, 93-96
 - Eu ideal**, 315-316
 - Eu real**, 315-316
 - Eutanásia, 747-750
 - Eutanásia ativa, 747-748
 - Evento aversivo, 72-73
 - Eventos de vida
 - estresse e, 604-605
 - normativos**, 558-559
 - relacionamentos entre irmãos e, 649, 651
 - Exames de sangue, materno**, 137-138
 - Inteligência corporal-cinestésica, 376-377
 - Executivo central**, 371-372
 - Exercício**. *Ver* Atividade física
 - Exossistema**, 81-82
 - Expectativa de vida**, 667-668
 - gênero e, 525-526, 669-671
 - tendências e fatores nos, 667-671
 - Expectativas
 - de padrastos e madrastas, 579-580
 - do professor, 384-386
 - violação de**, 206-211, 210-211
 - Experiências culminantes, 74-75
 - Experimento(s)**, 87-88, 88-91
 - campo, 90-91
 - laboratorial, 89-91
 - natural, 90-91
 - Extinção, 72-73
 - Extroversão, 554
- Fábula pessoal**, 458-459
- Faculdade, desenvolvimento cognitivo na, 542-544
- Faixa de reação**, 118-119,119-120
- Fala
- dirigida à criança**, 222-224
 - iniciais, características do, 217-219
 - lingüística**, 215-216
 - na segunda infância, 297-298
 - pré-lingüística**, 213-214
 - primeiras palavras da, 510-511
 - privada**, 295-297
 - social**, 295-296
 - telegráfica**, 216-217
- Falsas crenças, 291-294
- Falta de moradia, 282-284
- Famílias, 570-581
 - abuso de crianças nas, 340-344
 - adotivas, 408-410
 - bebês nas, 239-245
 - conflito na, 495-497
 - desempenho escolar e, 466, 468
 - desenvolvimento humano e, 54-56
 - desenvolvimento moral e, 462-463
 - divórcio e, 409-413, 576-579, 641-643, 653-655
 - educação e, 383-385,466,468
 - estado de identidade e, 479-480
 - estresse nas, 48-50, 280,281,499
 - estrutura de, 407-415,498-499
 - extensa**, 55-56, 57-58
 - inteligência e, 303-305
 - mistas**, 413-415, 576-581
 - na terceira idade, 725-727, 730-731
 - não ter filhos e, 574-576
 - nuclear**, 54-56
 - pais gays e lésbicas, 414-415
 - pais solteiros, 399-400, 405-406, 412-414
 - paternidade/maternidade e, 570-575
 - renda dupla, 575-577
 - segundas famílias, 413-415, 578-581
 - terceira infância e, 403-418
 - tradicionais (intactas)**, 407-409
- Fantasia, *versus* realidade, 290-293
- Fase anal no desenvolvimento da personalidade, 66-67, 69-70
- Fase de latência no desenvolvimento da personalidade, 67-70
- Fase fálica no desenvolvimento da personalidade, 67-70
- Fase genital de desenvolvimento da personalidade, 67-70
- Fase oral no desenvolvimento da personalidade, 66-67, 69-70
- Fator de crescimento transformador alfa, 129-130
- Fatores de risco**, 56-57, 601-604
- Fatores protetores**, 159, 429-430
- Fé, 539-540
- Febre mediterrânea, familiar, 112
- Feminilidade, mudanças na, 560-562
- Fenda palatina, 112
- Fenilcetonúria (PKU), 110,112, 117,183-184
- Fenobarbital, 131-132
- Fenômeno bumerangue, 644-645
- Fenótipo**, 106-107,107-108
- Ferimentos acidentais
 - durante a segunda infância, 279-280
 - durante a terceira infância, 363-365
- Ferimentos. *Ver* Ferimentos acidentais
- Feromônios, 444-445
- Fertilização**, 103-104
 - in vitro, 104-105, 530-531
- Fertilização in vitro (FIV), 104-105,530-531
- Feto, 124-127
 - desenvolvimento cerebral no, 168
 - eletrônico monitoramento do, 146,147
 - sistemas corporais do, 150-151
- Fibra, 599-600
- Fibrose cística, 110,112
- Fidelidade, 477-478
 - desconfiança *versus*, 69-71, 243-246,477-478
- Filhos adultos
 - cuidado de, 646-647
 - cuidar dos pais na velhice, 646-651, 720-721
 - relacionamentos de idosos com 731-733
 - síndrome da porta giratória e, 644-646
- Filhos únicos, 345-346
- Fixação, 66-67
- Flúor, 357-358
- Fobia escolar**, 425-426
- Fobia social**, 425-426
- Fobias, 425-426
- Folículo, 103-104
- Fonemas, 214-215
- Fônica, 381-382
- Fontanelas**, 150-151
- Força
 - na idade adulta, 591-592
 - na terceira idade, 677-679
- Formação da identidade, 477-483
 - diferenças de gênero na, 480-482
 - fatores étnicos na, 481-482
- Função simbólica**, 283-285
- Funcionamento psicomotor na terceira idade, 677-680
 - na idade adulta, 591-593
- Funcionamento sensorio
 - na idade adulta, 591-593
 - na terceira idade, 666, 676-678
- Fundação para a Pesquisa e Desenvolvimento da Saúde Feminina (FORWARD), 440
- Gametas, 103-105
- Gêmeo(s)
 - concordantes**, 116,118
 - dizigóticos**, 103-105,116,118
 - fraternos dizigóticos, 103-105, 116,118
 - monocoriônicos *versus* dicoriônicos, 118-119
 - monozigóticos**, 103-104,104-105,116,118,119
- Gene(s)**, 104-105,105-106. *Ver também* Hereditariedade
- dominante *versus* recessivo, 105-106
- monomórfico *versus* polimórfico, 104-105
- Gênero**, 243-245
 - crenças dos adultos sobre, 324-326
 - oportunidade igual e, 547-548
- Genética comportamental**, 115-116
- Genótipo**, 106-107,107-108
- Geração sanduíche**, 648-649, 651-650
- Geratividade**, 626-627, 629-636
- Geratividade** *versus* estagnação, 69-70, 626-627, 629
- Geriatría**, 668-669
- Gerontologia**, 668-669
- Gestação, 123-130
- Gestos
 - representacionais, 509-510
 - simbólicos, 510
 - sociais, 509
- Gonorréia, 491
- Gostar, 564
- Gramática,
 - na segunda infância, 294-296
 - na terceira infância, 379-380
- Grande Depressão, 77-82, 57-58
- Grau de harmonia**, 236-238, 554
- Gravidez. *Ver também* Parto
- adolescente, 155,487-490,493
- AIDS e, 134-135
- álcool e, 101-102,131-133,136
- assistência pré-natal durante, 138-140
- atividade física e, 130-131
- avaliação durante a, 136-138
- doenças maternas e, 134-135, 139-140
- drogas e, 130-134,136
- etapas da, 124,126-130
- fumo durante, 129-130,132-133, 136,155,160-161
- idade materna e, 134-135
- intervalo entre, 155
- nutrição e, 129-131
- obesidade e, 130-131
- terapia fetal durante, 137-138
- Gripe, 455-456
- Grupo-controle**, 88-89
- Grupo experimental**, 88-89
- Grupos de tratamento, 88-89
- Grupos étnicos**, 56-57. *Ver também grupos étnicos específicos*
- avós e, 651-654
- conflito familiar na, 494-495
- educação de, 387-389, 464,466, 468-470

- estratégias adaptativas de, 56-58
expectativa de vida de, 525-526, 668-670
formação de identidade e, 481-482
oportunidade igual e, 546-547
religião e, 709-710 desempenho na escola e, 464, 466, 468-470
saúde e, 362-363, 524-525, 599-604
testagem da inteligência e, 378-379
transtornos genéticos na, 109, 111-112
- Gustação
na idade adulta, 591-592
na terceira idade, 677-678
no primeiro ano de vida, 175
- Habilidade motoras refinadas, 177,275-276**
Habilidades cognitivas *Ver* Inteligência
Habilidades motoras
gerais, 177, 275-276
refinadas, 177, 275-276
- Habilidades motoras gerais, 177, 275-276**
Habituação, 203-205
Hemisférios, cerebrais, 170-171, 462-463
Hemofilia, 110
Hepatite, 494
Herança. *Ver* também Hereditariedade
Hereditariedade
dominante, 106-107, 112, 109, 111
recessiva, 106-107, 109, 111, 113
vinculada ao sexo, 107-109, 111, 113-114
- Herdabilidade, 115-116, 116, 118**
Hereditariedade, 53-54. *Ver* também Herança
aconselhamento genético e, 114-116
ambiente *versus*, 53-54, 85, 65-66, 115-124
anormalidades cromossômicas, 113-116, 137-138
anormalidades genéticas, 107-114, 137-138
desenvolvimento humano e, 84-85, 65-66
inteligência e, 120-123
mecanismos da, 104-116
obesidade e, 121-122, 357-359
personalidade e, 122-123
psicopatologia e, 122-124
testes genéticos e, 115-117
traços físicos e, 121-122
transmissão multifatorial e, 106-108
Heroína, 133-134
Herpes, 490, 494
Herpes genital, 490, 491
Heterossexual, 483
Heterozigótico, 106-107
Hierarquia de necessidades, 73-74, 74-75
Hiperatividade, 108-109, 390-393
Hipermaturidade, 156-157
Hipertensão, 598-599, 601-604
Hipocampo, 170-171, 506-507, 236, 694-696
Hipocrisia, 457-459
Hipotálamo, 236, 449-450
Hipoteca inversa, 719
Hipótese de representação dual, 285-286
Hipótese de transbordamento, 544
Hipótese do engajamento, 690-691, 712-713
Hipóteses, 65, 82-85
Hipotireoidismo, congênito, 153-155
Hispano-americanos,
atividades dos adolescentes, 494-495
comprometimento da visão nos, 363-364
desenvolvimento cognitivo de, 489
educação dos, 468-469
escores de QI de, 378-379
estratégias adaptativas dos, 87-88, 57-58
famílias na terceira idade, 726-727
formação de identidade e, 481-482
nutrição e, 273-274
pobreza entre, 281-282
pressão arterial dos, 358-359
taxa de mortalidade infantil, 453-455
História de comprometimento, 632-633
HIV (vírus da imunodeficiência humana), 363-364, 527-528.
Ver também Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS)
Holofrase, 215-216
Homem(ns). *Ver* também Diferenças de gênero
aposentadoria e, 717-718
atitude perante a paternidade, 573-575
cérebro em envelhecimento de, 675-676
como avós, 652-654
crescimento dos, 273
desenvolvimento psicossocial dos, 67-68
diferenciação sexual e, 105-106
disfunção sexual no, 527-528, 595-597
enurese no, 275
estresse relacionado com o trabalho e, 606-607
expectativa de vida e, 525-526, 669-671
movimento no útero, 128-129
mudanças na sexualidade na idade adulta, 594-597
na idade adulta, 637-639
na segunda infância, 319-322
na terceira idade, 717-718
preocupação com aparência, 597-599
problemas de infância dos, 48-50, 156-157
puberdade e, 79-80-85
risco pré-natal dos, 127-129
saúde dos, 524-527, 599-602
sistema reprodutor do, 103-104
suicídio e, 746-748
Homicídio, 454-455
Homossexual(is), 483-484
amizade e, 643-644
assumir a condição de, 565-566
atitudes perante os, 565
criação por, 414-415
na idade adulta inicial, 565-567
na meia-idade, 642-643
na terceira idade, 729-730
relacionamentos íntimos de, 565-567, 642-643
Homozigótico, 106-107
Hormônio liberador de corticotropina (HLC), 176
Hormônio(s)
desenvolvimento de gênero e, 322-323
desenvolvimento prenatal e, 131-132
envelhecimento e, 671
Hotel de aposentadoria, 723
Humor, 633-634
Icterficia neonatal, 150-151
Id, 68-69
Idade
adulta, 584, 623-626
aprendizagem e, 617-619, 697-699
aprendizagem na, 617-619
atividade física na, 593-594
audição na, 591-592
avaliação na meia-idade, 630-631
bem-estar psicológico na, 632-637
casamento na, 669-671
conhecimento especializado, 609-611
criatividade na, 613-615
crise na meia-idade, 628, 629-631
cultura e, 589-590, 628
definida, 589-590
desenvolvimento cognitivo na 587-588, 606-619
desenvolvimento da identidade na, 630-633
desenvolvimento psicossocial na, 623-657
diferenças de gênero na, 636-639
estresse na, 602-607
funcionamento sensorio e psicomotor, 591-593
identidade de gênero na, 637-639
liderança moral na, 611-612
medição das habilidades cognitivas na, 606-610
modelo de momento de ocorrência dos eventos na, 629-930
modelos de crises normativas da, 625-629
morte na, 744-745
mudanças estruturais e sistêmicas na, 592-593
mudanças físicas na, 593-607
mudanças nos relacionamentos na, 638-640
ninho vazio e, 641-642, 644-645
preocupação com a aparência e atratividade, 597-599
principais desenvolvimentos na, 52-53, 84-85
qualidade de vida na, 589-590, 668-669
relacionamento com pais em envelhecimento na, 646-651
relacionamentos com filhos em amadurecimento na, 643-647
relacionamentos com irmãos na, 649, 651
relacionamentos consensuais na, 639-672
relacionamentos homossexuais na, 642-643
resolução de problemas na, 611-613
saúde na, 598-607
ser avô/ó na, 651-656
sexualidade na, 592-599
tarefas de desenvolvimento na, 84-85
trabalho e, 545
visão na, 591-592
Idade adulta, definições de, 440-441. *Ver* também Terceira Idade; Meia-idade; Idade Adulta Inicial
Idade adulta inicial, 512
amizade na, 562-563
amor na, 562-566
coabitação na, 568
desenvolvimento cognitivo no, 531-538
desenvolvimento físico na, 517-531
desenvolvimento moral, 537-542
desenvolvimento psicossocial na, 551-582
educação na, 542-544
intimidade na, 555-557, 560-581
modelos de crises normativas, 553, 555-558
morte na, 744-745
nutrição na, 518-519
principais desenvolvimentos na, 52-54

- questões sexuais e reprodutivas na, 527-531
relacionamentos homossexuais na, 565-567
reprodução assistida e, 529-531
saúde e boa forma na, 517-527
tarefas do desenvolvimento na, 53-54
trabalho na, 544-548
vida de solteiro na, 565-566
- Idade funcional**, 667-668
Idade gestacional, 123-124
Idade materna, 134-135, 558-559, 571-574
Idade paterna, 136. *Ver também* Pai(s)
IDEA, Lei de Educação para Indivíduos com Deficiências, 392-393
Identidade
 busca pela, 53-54, 477-483
 compreensão da, 284-285, 367-368
 gênero, 72, 319-321, 323-324, 637-639
 na teoria psicossocial, 69-70
Identidade (Eu)
 como colcha de retalhos, 481-483
 desenvolvimento, 401-404
 emoções dirigidas ao, 316-317
 ideal, 315-316
 real, 315-316
 senso emergente de, 255
Identidade de gênero, 72, 319-321
 condição socioeconômica e, 638-639
 na meia-idade, 637-639
 na segunda infância, 319-321, 323-324
Identidade versus confusão de **identidade**, 477-478
Identificação, 322-323
Idosos. *Ver* Envelhecimento;
 Terceira Idade
Ilusão, 564
Imagem corporal, 358-359
Imaturidade, valor adaptativo da, 78-80
Imitação, 200-203
 desenvolvimento da linguagem e, 213-214
 diferida, 198-199, 202-203
 invisível, 200-202, 202-203
 visível, 200-202
Imprimadura, 693-695
Imprinting, 241-242
Imunização, no primeiro ano de vida, 161-162, 175
Inatividade, e obesidade, 358-359
Inclusão de classe, 366-367
Incubadora, 155-156
Indecisão, 457-458
Independência (do bebê), 53-54
Indígenas americanos,
 ansiedade ante estranhos entre, 250
 comunicação entre pais e, 496-497
 desenvolvimento motor de bebês entre, 181-182
 educação de, 388-389
 escores de QI e, 378-379
 estratégias adaptativas dos, 56-57
 expectativa de vida de, 669-670
 padrões de sono dos bebês entre, 166-167
 períodos de infância dos, 51
 reflexos dos bebês de, 173
 taxa de mortalidade infantil para, 159-160
Individuação, 625-626
Infância. *Ver também* Segunda Infância; Terceira infância
 duração da, 78-80
 egocentrismo na, 79-80
 morte na, 744-746
 períodos críticos da, 58-59-61
 períodos da, 51-54
Infecções, 165
Infecções bacterianas, 165
Infecções do trato respiratório, 165
Infecções do trato urinário, 165
Infecções estafilococos, 458-459
Inferência transitiva, 365-366, 366-367
Inferência transitiva, 365-367
Inferioridade, 69-70, 401-402, 477-478
Infertilidade, 529-535
Influências externas, 559-560
Influências históricas reguladas pela história, 57-59
Influências não-normativas, 57-58
Influências normativa reguladas pela idade, 57-58
Inibição ao desconhecido, 238-239
Inibidores da recaptção de serotonina seletivos (IRSSs), 427-428, 686-687
Iniciativa, 69-70, 317-319
Iniciativa *versus* culpa, 69-70, 317-319
Inseminação artificial, 529-531
Insight
 criatividade e, 613-615
 inteligência e, 534-537, 613-615
Insônia, 675-676
Instituições, vivendo em, 720-722
Integração, 168-170
Integridade, 69-70, 707-708
Integridade do ego versus desespero, 69-70, 707-708
Inteligência
 ambiente e, 120-123, 134-136, 489-490
 baixo peso natal e, 155-156
 conhecimento especializado e, 609-611
 criatividade e, 613-615
 crystalizada, 608-610, 688-690
 emocional, 537-538
 faixa de reação e, 119-120
 família e, 303-305
 fluida, 607-610, 691-692, 689-690
 insight e, 534-537, 613-615
 mecânica da, 688-689 na meia-idade, 606-610
 medição, 303-308, 606-610, 687-689
 múltiplas, 375-378
 na segunda infância, 303-305
 na terceira infância, 374-380
 pragmática da, 688-689
 processamento de informações e, 500-501
 resolução de problemas e, 611-613
 teoria triárquica da, 376-377, 377-378, 535-536
Inteligência
 crystalizada, 608-610, 688-690
 emocional, 537-538
 espacial, 376-377
 fluida, 607-610, 688-690
 interpessoal, 376-377
 intrapessoal, 376-377
 lingüística, 376-377
 lógico-matemática, 376-377
 musical, 376-377
 naturalista, 376-377
Inteligências múltiplas, 375-377
Interação genótipo-ambiente, 119-120
Interação social. *Ver também* Amizade; Par(es);
 Desenvolvimento psicossocial
 desenvolvimento da linguagem e, 220-222
 desenvolvimento na infância e, 224-225
 preparação para a alfabetização e, 297-299
Interioridade, 626-627
Internalização, 256
Internet, 386-387
Intervenção
 delinqüência juvenil e, 506-508
 precoce, 195-197
 pré-natal, 434
Intimidade versus isolamento, 69-70, 555-557
Intimidação, 423-425
Intolerância a leite, 112
Inveja do pênis, 67-68
Investimento balanceado, 718-719
Invulnerabilidade, presunção de, 458-459
Irmã(s). *Ver* Irmão(s)
Irmão(s)
 adolescentes e, 499-500
 desenvolvimento psicossocial e, 259-261, 345
 diferenças entre, 120-122
 idosos e, 732-734
 interação de, 260-261, 345
 na idade adulta, 649, 651
 na terceira infância, 416-418
 novo bebê e, 259-260
Irreversibilidade, 288-289
Isolamento, 69-70, 555-557
Janela de tempo, 191-192
Japão
 desenvolvimento motor no, 475
 envelhecimento no, 714-715
 expectativa de vida no, 668-669
 menopausa no, 596
 padrões de sono do bebê no, 463-464
 pré-escolas no, 306-307
 ser avô/ó no, 651-652
Jardim-de-infância, transição da pré-escola, 308-309
Jogo
 associativo, 329-330
 da imaginação, 329-330
 de faz-de-conta, 329-330
 dramático, 329-330
Jogo(s), com regras, 329-330
Judeus
 Julgamento moral
 na adolescência, 458-463
 na terceira infância, 369-371
 sétimo estágio de, 539, 541
 Justiça, 93-95, 370-371
Kamehameha Early Education Program (KEEP), 387-389
Lago mãe-bebê, 240-241, 241-242
Langue, 125, 150-151
Lar,
 acidentes nos, 279-280
 QI e, 489-490
Lares adotivos, 723
Lares de assistência, 720-722
Lateralização, 166-167
Lazer
 na terceira idade, 713-714, 716-719
 sério, 718-719
Legislação. *Ver* Lei(s)
Lei das Oportunidades de Trabalho para Estudantes, 470-471
Lei das Telecomunicações de 1997, 386-387
Lei de Discriminação Etária no Emprego, 716
Lei de Educação para Indivíduos com Deficiências, (IDEA), 392-393
Lei de Licença Familiar e Médica, 232-233, 576-577, 648-649, 655-656
Lei de Morte com Dignidade do Oregon, 749-750
Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde de 1996, 117
Lei de Reconciliação do Orçamento de 1987 e 1990, 722
Lei de Violência Contra as Mulheres de 1994, 572-573

- Lei dos Americanos com Deficiência, 117
- Lei(s)
- de Americanos com deficiências, 117
 - de auxílio médico para morrer, 748-750
 - de centros de ensino da leitura e escrita, 575-576
 - de discriminação etária, 716
 - de educação de crianças com deficiências, 392-393
 - de lares de assistência, 722
 - de licença familiar e médica, 576-577, 676-677, 655-656
 - de serviço de saúde nas escolas, 386-387
 - de treinamento vocacional, 470-471
 - de violência doméstica, 572-573
 - diretivas de avanço e, 747-749
 - seguridade de saúde, 117
- Leitor orientado ao desempenho, 298-299
- Leitura em voz alta, 223-225
- Leitura. *Ver também* Albetizado ensino, 381-382
- estilos de, 298-299
 - na terceira infância, 380-382
- Leptina, 358-359
- Lésbicas
- amizades das, 671-672
 - como pais, 414-415
 - na idade adulta inicial, 565-567
 - na meia-idade, 642-643
 - na terceira idade, 729-730
 - relacionamentos íntimos das, 565-567, 642-643
- Levantamento Nacional de Famílias e Domicílios, 672-673
- Levantamentos de Saúde de Âmbito Nacional, 453-454
- Libido, 67-69
- Liderança
- desenvolvimento pré-natal e, 134-135
 - moral, 611-612
 - saúde das crianças pequenas e, 281-283
- Limite Hayflick, 670-671
- Língua de mamãe, 214-215
- Língua de pais, 222-224
- Linguagem, 212-213
- em duas línguas, 388-390
 - integral, 381-382
- Linguagem Americana de Sinais (LAS), 60
- Linguagem dos sinais, 60, 220-224
- Líquido amniótico, 125, 128-129
- Lobo
- frontal, 168-170, 236
 - parietal, 168-170
 - temporal, 168-170
 - temporal médio, 506-507
- Lobo occipital, 168-170
- padrões e rumos ocupacionais, 615-617
- Locomoção no primeiro ano de vida, 471-472. *Ver também* Desenvolvimento Motor
- Lócus de traços quantitativos, (LTQ), 106-107**
- Longevidade**, 664-665, 667-674
- casamento e, 705-706, 725-726
 - personalidade e, 705-706
- "Luta limpa", 569-570
- Maconha
- adolescência e, 452-454
 - desenvolvimento pré-natal e, 133-134, 136
- Macrossistema**, 79-80, **81-82**
- Mãe(s). *Ver também* Pai(s)
- adolescente, 490, 493
 - assistência pré-natal na, 138-140
 - depressão na, 282-254
 - desenvolvimento na puberdade e, 444-445
 - desenvolvimento psicossocial e, 240-242, 25^-254
 - doenças durante a gravidez, 134-135, 433
 - homossexual, 414-415
 - idade da, 134-135, 558-559, 571-574
 - papel no desenvolvimento pré-natal, 101-102, 129-136
 - solteira, 399-400, 405-406, 412-414
 - substituta, 530-531
- Mal de Alzheimer**, 600-601, **682-686**
- Mapeamentos representational, 315-316**
- Marcação do genoma, 114-116**
- Masturbação, 565
- Matemática, na terceira infância, 367-369. *Ver também* Números
- Maternidade substituta, 530-531
- Maternidades independentes, 179-180, 149-150
- Maturação, 53-54. Ver também** Desenvolvimento humano
- desenvolvimento motor no primeiro ano de vida e, 179-181
 - precoce ou tardia, 445-477
- Maturidade filial, 647-648**
- Mau-trato, 340-344
- Mau-tratos emocional, 340, 342-343**
- Mecânica da inteligência, 688-689**
- Mecanismos**
- adaptativos, 556-557**, 708
 - de defesa, 69-71
 - de preparação do desenvolvimento, 195-196**
 - inatos de aprendizagem, 501
- Mecônio, 150-151**
- Medidas comportamentais, 85
- Medidas de desempenho, 85
- Medo, 338-340, 342-343
- Medula espinal, 165-170
- Meia-idade. *Ver* Idade adulta
- Meiose, 104-105
- Melatonina, 447-448
- Memória
- autobiográfica**, 300-302, 300, 302-303
 - cérebro e, 168-170, 463-464, 694-696
 - de curto prazo, 72, 693-694
 - de longo prazo, 371-372**, 693-695
 - de reconhecimento visual, 206**
 - de trabalho, 211-212, 371-372**
 - dos bebês, 483-486, 211-212
 - episódica, 299-301**, 506-507
 - explícita, 211-212**
 - genérica, 299-300**
 - implícita, 211-212**, 300, 302-303, 693-695
 - metamemória, 372**, 695-696
 - na segunda infância, 298-300, 302-303
 - na terceira idade, 692-697
 - procedimental, 693-695**
 - semântica, 506-507, 693-694**
 - sensórial, 371-372**
- Memória implícita, 211**
- na segunda infância, 300, 302-303
 - na terceira idade, 693-695
 - no primeiro ano de vida, 210-212
- Memória procedimental, 693-695.**
- Ver também* Memória implícita
- Menarca, 437-438, 472, 444-445**
- Meninas. *Ver* Mulher(es)
- Menino selvagem de Aveyron, 45-46, 62
- Meninos. *Ver* Homem(ns)
- Menopausa, 593-595, 596, 599-602**
- Menstruação
- na puberdade, 437-438, 442-443, 475
 - problemas relacionados com a, 528-529
- Mente, teoria da mente. *Ver* Teoria da mente
- Mentor; 557-558
- Mesoderme, 124, 126-127
- Mesossistema, 81**
- Metabolismo basal, 591-592**
- Metamemória, 372-373, 695-696**
- Metamemória na idade adulta (MIA), 695-696**
- Método científico, 82-83**
- Método clínico, 75-76
- Métodos de pesquisa, 82-96
- amostragem, 84-85
 - científica, 82-83
 - coleta de dados, 84-86
 - intercultural, 63-64, 88
 - seleção randômica, 84-85
- Metotrexate, 131-132
- Microgenéticos estudos, 93**
- Microssistema, 81**
- Mídia, e desenvolvimento de gênero, 327-329. *Ver também* Televisão
- Mielina, 170-171
- Mielinização, 168-171**
- Miopia, 591-592**
- Mistura de código, 222**
- Mitocôndria, 671-672
- Mitose, 104-105
- Modelo de Avaliação Cognitiva, 708-710**
- Modelo de cinco fatores, 553-555**
- Modelo de interação social, 300-302**
- Modelo de momento de ocorrência de eventos, 553**
- da idade adulta, 629-930
 - do jovem adulto, 553, 558-560
- Modelo de processo dual, 688-689**
- Modelo mecanicista, 65-66**
- Modelo organísmico, 65-66**
- Modelos computacionais, 76-77
- Modelos de crises normativas, 553**
- da idade adulta inicial, 553, 555-558
 - da meia-idade, 625-629
 - da terceira idade, 707-708
- Modelos de pesquisa
- básico, 86-91
 - do desenvolvimento, 90-93
 - estudos correlacionais, 87-89
 - estudos de caso, 86-88
 - estudos etnográficos, 87-88
 - estudos longitudinais, 90-91, 93
 - estudos microgenéticos, 93
 - estudos sequenciais, 93
 - estudos transversais, 91-93
 - experimentos, 87-91
- Modelos de Pesquisa sobre Desenvolvimento, 90-93
- Modelos de traços, 553-555**
- Modelos tipológicos, 553, 554-556**
- Modificação do comportamento, 72-73
- Moduladores dos receptores estrogênicos seletivos, 601-602
- Monitoramento da fonte, 695-696
- Monitoramento fetal eletrônico, 146, 147**
- Moradia, alternativa, 722, 724
- Moradia compartilhada, 723
- Moradia congregada, 723
- Moralidade
- convencional, 459-462**
 - pós-convencional, 460-462**
 - pré-convencional, 459, 461**
- Moralidade convencional (ou moralidade de conformidade ao papel convencional), 459, 461-462**
- Moralidade de constrangimento, 369-370, 370-371**
- Moralidade de cooperação, 369-370, 370-371**
- Moralidade pós-convencional (ou moralidade dos princípios morais autônomos), 460, 461-462**
- Moralidade pré-convencional, 459, 461**

- Moratória**, 477-480, **480-481**
 Moratória psicossocial, 477-478
 Morfina, 133-134
 Morfogêneses, **123-124**
 Morrer. *Ver também* Morte
 auxílio médico para, 748-750
 estágios **de**, 740-742
 Mortalidade pós-neonatal, 159
 Mortalidade neonatal, 159
 Mortalidade *Ver também* Morte
 etnicidade e, 159-161, 668-670
 fumo e, 522-523
 na adolescência, 453-455
 na idade adulta inicial, 517
 na meia-idade, 598-602
 na terceira infância, 278, 279
 neonatal, 159
 no primeiro ano de vida, 155-156, 159-162
 taxas de, 159-161, 667-668
 tendências e fatores na, 667-671
 Morte, 738-751. *Ver também*
 Mortalidade
 adolescentes e, 743-744
 adultos e, 744-747
 causas de, 279, 598-599
 celular, **168-170**
 consternação e, 739-747
 cultura e, 739-740
 descobrimo significado e propósito na, 749-751
 "direito de morrer" e, 746-750
 diretivas de avanço e, 747-749
 dos pais, 744-745
 estágios de morrer e, 740-742
 filhos e, 742-747
 neonatal, 130-131
 suicídio assistido e, 738-750
 viuvez e, 744-746
 Motivação, acadêmica, 463-464
 extrínseca *versus* intrínseca, 383-384, 387-388
 Motivação extrínseca, 383-384
 testemunha ocular, confiabilidade de, 300-302
 Motivação intrínseca, 383-385
 Movimento (da mão) em pinça, 176
 Movimento ulnar, 176
Mudança
 de código, **222**
 qualitativa, **50**, 65-66
 quantitativa, **50**, 65-66
 Mudanças na voz, 442-444
 Mulher(es). *Ver também* Diferenças de gênero
 afro-americano, 601-604
 atitude perante a paternidade, 573-575
 cérebro em envelhecimento das, 675-676
 como avós, 652-654
 controle de peso e, 358-359
 crescimento das, 273
 desenvolvimento moral da, 462-463, 571-572
 desenvolvimento psicossocial da, 67-68
 diferenciação sexual da, 105-106
 dificuldades na infância e, 48-49
 disfunção sexual na, 527-528
 divórcio e, 641-643
 duplo padrão e, 483-485, 597-598
 enurese nas, 275
 estilos de vida das, 526-527
 expectativa de vida das, 525-526, 669-671
 idade reprodutiva das, 558-559, 571-574
 menopausa na, 593-596, 599-602
 menstruação na, 437-438, 442-443, 475, 528-529
 movimento no útero, 128-129
 mudanças na feminilidade, 560-562
 na meia-idade, 636-639
 na segunda infância, 319-322
 na terceira idade, 716
 oportunidades iguais para, 547-578
 preocupação com aparência e, 597-599
 puberdade e, 471-477
 risco prenatal, 127-128
 saúde das, 524-527, 599-602
 sistema reprodutivo da, 103-104
 trabalho e, 605-606
 Mumificação, 739-740
 Mutações, 107-109, 134-136
 Mutilação genital, 440
 Mutilação genital feminina (MGF), 440
 Não ter filhos, 574-576
 Nascer em casa, 143-144, 149-150
 Nascimento (parto), 145-150
 ambientes para; 143-144, 149-150
 cesariano, **147**
 complicações do, 447-451
 em casa, 143-144, 149-150
 etapas do, 145-146
 idade materna no, 134-135, 558-559, 571-574
 métodos de; 147-149
 monitoramento médico do, 146, 147
 natural, **147-149**
 preparado, **147-149**
 Nascimento de múltiplos, 103-105
 Natimorto, 127-128
Nativismo, 214-215, **219-220**
Necessidades, hierarquia de, **73-74**, 74-75
Negativismo, **256**, 256-257
Negligência, 334, **340-344**, 722, 724
 Neonato, 149-157
 avaliação do, 153-155
 baixo peso natal e, 153-157
 do desenvolvimento do auto-conceito, 401-402
 estados de identidade, 152
 hipermaduro, **156-157**
 irmãos e, 259-260
 pré-termo (premature), **153-155**, 156-157
 reflexos do, 153-155, 170-173, 179-181
 sistemas corporais do, 150-151
 tamanho e aparência do, 149-151
 visão neopiagetiana do desenvolvimento cognitivo, 76-78
Neurônio(s), 168-170, 170-171
 Neuroticismo
 hereditariedade e, 122-123
 na idade adulta inicial, 554
 na idade adulta, 598-599
 Neurotransmissores, 168-170
 Nicotina, 132-133. *Ver também*
 Tabagismo
Ninho vazio, **641-642**, 644-645
Norma, padronizada, **192-193**
 Números
 conceito do bebê dos, 200-202, 207-209
 na segunda infância, 284-285, 287-288
 na terceira infância, 365-369
 Nutrição
 câncer e, 518
 desenvolvimento pré-natal e, 129-131
 doença cardíaca e, 518-519, 599-600
 envelhecimento e, 673-674
 inteligência, 359-360
 menstruação e, 444-445
 na idade adulta inicial, 518-519
 na primeira infância, 164-166
 na segunda infância, 273-274
 na terceira infância, 357-360
 no segundo ano de vida, 165-166
 perda óssea e, 599-600
 saúde e, 518-519, 681-683
 subnutrição e, 358-360
 transtornos alimentares e, 448-452
 Obediência
 comprometida, **257-258**
 consciência e, 256-258
 situacional, **257-258**
Obesidade, **121-122**
 desenvolvimento pré-natal e, 130-131
 fatores na, 357-359
 hereditariedade e, 121-122, 357-359
 imagem corporal e, 358-359
 na adolescência, 448-449
 na idade adulta inicial, 518-520
 na segunda infância, 273-274
 na terceira infância, 357-359
 risco cardíaco e, 358-359
 saúde e, 358-359, 518-520
Objetos transicionais, **275**
 Observação
 laboratorial, **85**, **86**
 naturalista, **85**, **86**
 participante, **87-88**
Observação Doméstica para Medição do Ambiente (HOME), **194-195**
Observação laboratorial, **85**, **86**
Observação naturalista, **85**, **86**
 Obstetrícia, 145 *Ver também* Parto
 Olfato
 na idade adulta, 591-592
 na terceira idade, 677-678
 no primeiro ano de vida, 468-469
Operações concretas, 69-70, **364-371**
Operações formais, 69-70, **454-458**
 Opiáceos, 133-134
 Organização (como traço de personalidade), 705-706
Organização, **75-76**, **372-374**
Orientação sexual, 483-484
 Osteoartrite, 680-681
Osteoporose, 599-601, 674-676
Otimização seletiva com compensação, **688-689**, 713-714
 Otite média, 165
 Ousadia, 122-123
 Ovulação, 103-104
 Óvulo, 103-104, 530-531
 Óvulo de doador, 530-531
 Padrão de envelhecimento clássico, 687-689
 Padrões e rumos profissionais, 615-617
 Pai. *Ver* Pais
 desenvolvimento na puberdade e, 444-445
 desenvolvimento pré-natal e, 136
 desenvolvimento psicossocial e, 241-243
 divórcio e, 410-412
 envolvimento do 408-409
 homossexual, 414-415
 idade do, 136
 não-custódio, 410-412
 nas diferentes culturas, 242-243
 Pais que trabalham fora
 casamento e, 575-577
 desenvolvimento psicossocial e, 261-266, 405-407, 497-498, 575-577
 vantagens e desvantagens dos, 575-576
 Pais. *Ver também* Mãe(s); Pai(s)
 adolescentes e, 495-499, 643-645
 autoritários, **334**, 383-384, 419-420, 464, 466, 496-497
 comportamento anti-social e, 504-505

- democráticos**, 334-336, 383-384, 419-420, 429-430, 463-464, 466, 496-497
- desempenho escolar e, 463-464, 466
- desenvolvimento na puberdade e, 444-445
- desenvolvimento psicossocial e, 240-245, 253-254, 261-266, 331-344, 405-407, 497-498, 570-581
- diferenças de gênero e, 242-245, 326-328
- em envelhecimento, 646-651
- homossexuais, 414-415
- morte dos, 744-745
- permissivos**, 334, 383-384, 464, 466
- que trabalham fora, 261-266, 405-407, 497-498, 575-577
- solteiros, 399-400, 405-406, 412-414
- Paixão, 564
- Palavra(s)
- generalização excessiva dos significados das, 218-219
 - primeiras, 215-217
- Papéis dos gêneros**, 321-322
- Papilomavírus humano (HPV), 490, 491
- Par(es)
- agressão entre, 131-132
 - comportamento antisocial, 505
 - desempenho escolar e, 464, 466
 - desenvolvimento de gênero e, 327-328
 - desenvolvimento psicossocial e, 344-348
 - efeitos positivos e negativos, 417-419
 - na adolescência, 500-502
 - na terceira infância, 84-85, 417-425
 - popularidade e, 419-421
 - preconceito e, 418-419
 - status* entre, 504
 - tabagismo e, 453-454
- Paradigma do "rosto imóvel"**, 252, 253-254
- Parceiros de jogo. *Ver também*
- Par(es)
- escolhendo, 347
 - imaginários, 292-293
- Parteira, 439, 149
- Participação guiada**, 211-213
- Participante observação**, 87-88
- Parto. *Ver também* Nascimento
- cesariano**, 147
 - medicado versus não-medicado, 147-149
 - métodos de, 147-149
 - natural**, 147-149
 - preparado**, 147-149
- Parturição**, 146
- Peekaboo (brincar de), 200-201
- Pensamento. *Ver também*
- Desenvolvimento cognitivo;
 - Raciocínio
- adolescente**, 457-459
 - convergente**, 393-395
 - divergente**, 393-395
 - espacial**, 284-287, 364-366
 - pós-formal**, 532-534, 610-612
- Percepção
- de profundidade, 181-182
 - desenvolvimento motor e, 474-475
 - nos bebês, 204-206
- Percepção de profundidade**, 181-182
- Perda ambígua, 709-710
- Perda óssea, 599-602, 674-676
- Peri-menopausa**, 593-594
- Período neonatal, 149-150
- Periodontite**, 682-683
- Períodos críticos**, 58-61
- Permanência do objeto**, 199-200, 200-202, 206-209
- Permutação de gênero**, 637-638
- Perspectiva baseada na socialização, no desenvolvimento gênero, 322, 326-329
- Perspectiva cognitiva**, 66-68, 75-78
- no desenvolvimento de, 322-327
- Perspectiva contextual**, 66-68, 79-83
- Perspectiva da aprendizagem**, 66-68, 72-74
- Perspectiva etológica e**, 66-68, 78-79
- Perspectiva humanista**, 66-68, 74-75
- Perspectiva psicanalítica**, 66-67-71
- do desenvolvimento de gênero, 322-323
- Perspectivas no desenvolvimento de gênero
- baseado na socialização, 322, 326-329
 - biológicas, 321-323
 - cognitivas, 322-327
 - psicanalíticas, 322-323
- Perspectivas teóricas, 66-83
- aprendizagem**, 66-68, 72-74
 - cognitiva**, 66-68, 75-78
 - contextual**, 66-68, 79-83
 - etológica**, 66-68, 78-82
 - humanista**, 66-68, 74-75
 - psicanalítica**, 67-71
- Perspectivas. *Ver* Perspectivas teóricas
- Perturbações do sono, 275
 - Perturbações emocionais, 424-428
- Pesadelos, 275
- Pesar, padrões de 741-743
- Pesquisa
- básica *versus* aplicada, 40-41
 - de violação de expectativas, 206-211
 - ética da, 93-96
 - hipóteses na, 65, 82-85
 - intercultural. *Ver* Pesquisa intercultural
- Pesquisa aplicada, 40-41
 - Pesquisa básica, 40-41
 - Pesquisa Doméstica Nacional de Abuso de Drogas, 498
 - Pesquisa intercultural. *Ver também* Cultura
 - finalidade da, 88
 - na adolescência, 63-64
 - sobre temperamento, 238-240
- Pesquisa Internacional de Alfabetização Adulta, 546
 - Pesquisa Nacional de Alfabetização Adulta, 546
 - PKU (fenilcetonúria), 110, 112, 117, 153-155
- Placa amilóide**, 684-686
- Placenta, 124-127
- Planejamento, educacional e vocacional, 469-471
- Planejamento vocacional, 470-471
- Plano temporal, 219-220
- Plasticidade**, 49-50, 81-82, 173, 174
- Pneumonia, 165
- Pobreza
- educação dos filhos e, 406-408
 - na terceira idade, 717-719
 - saúde e, 280-283, 598-602
- Poliandria, 569
- Poliginia, 569
- Poluição noturna, 444-445
- Ponte, 220
- População, envelhecimento da, 664-666
- Popularidade
- educação e, 347-348
 - entre pares, 419-421
- Porfíria, 112
- Posição, do feto, 125
- Potencias relacionados com o evento (PREs), 689-690
- Pragmática**, 295-296, 379-382
- Pragmática da inteligência**, 688-689 •
- Preconceito**, 418-419
- Preconceito de idade**, 663
- Predição, 50
- Predisposição para a aprendizagem, 241-242
- Preensão, reflexo darwiniano, 464, 466-467
- Pré-escola compensatória
- programas, 306-308
- Pré-escola(s)
- objetivos e tipos de, 305-307
 - programas compensatórios na, 306-308
 - transição para o jardim de infância, 308-309
- Pré-escolares. *Ver* Segunda infância
- Pré-escolas
- centradas na criança, 306-307
 - centradas na sociedade, 306-307
 - centradas nos papéis, 306-307
- Pré-fechamento**, 479, 479-480
- Preferência no uso das mãos**, 277
- Preferência pela novidade, 204-206
- Preferência visual**, 204-205
- Presbiacusia**, 591-592
- Presbiopia**, 591-592
- Preservativos, 528
- Primeira Série, 382-384
- Primeiro ano de vida
- ambiente favorável no, 156-159
 - assistência infantil e, 262-266
 - capacidades sensoriais no, 175-176
 - dependência na, 53-54
 - questões de desenvolvimento no, 243-254
 - desenvolvimento cerebral no, 165-174
 - desenvolvimento cognitivo na, 187-213
 - desenvolvimento da linguagem no, 212-225
 - desenvolvimento fisiológico, 163-165
 - desenvolvimento motor no, 176-183
 - desenvolvimento psicossocial no, 229-266
 - engatinhar, 179-182
 - imunização no, 161-162, 175
 - memória no, 189-192, 210-212
 - mortalidade no, 155-156, 159-162
 - morte súbita no, 132-133, 159-162
 - nutrição no, 164-166
 - percepção no, 204-206
 - desenvolvimento físico no, 161-183
 - permanência do objeto e, 199-202, 206-209
 - principais desenvolvimentos no, 51-54
 - processamento de informações no, 205-207
 - reflexos no, 153-155, 170-173, 179-181
 - sobrevivência e saúde no, 152-162, 165
 - sono no, 152, 161-162, 165-167
 - tendência autocorretiva no, 193-194
 - testes de inteligência no, 191-197
- Primeiros movimentos do feto, 125
- Princípio**
- cefalocaudal**, 124, 126-127, 163-164, 178
 - da irrelevância da ordem, 287-288
 - da ordem estável, 287-288
 - de Abstração, 287-288
 - de cardinalidade, 287-288

- próximo-distal, 45-46, 163-164, 178
- Princípios das Nações Unidas para Pessoas Mais Velhas, 722, **724-725**
- Privação sensorial, 173-174
- Privacidade
- direito a, 95-96
 - testes genéticos e, 117
- Problemas comportamentais, Problemas de saúde
- agudos, 362-363**
 - crônicos, 362-363**
- Problemas de saúde agudos, 362-363**
- Problemas de saúde crônicos, 362-363**
- Processamento de informações
- agressão e, 422-423
 - inteligência e, 205-207
- Processos dinâmicos, 559-560
- Procuração, 748-749
- Produtividade, papel da, 712-714
- Produtividade versus inferioridade**, 69-70, 401-402, 477-478
- Profecia autodeterminada**, 384-386
- Progestina, 600-602
- Programa Pré-Escolar Perry da High/Scope Educational Research Foundation, 307-308, 489, 506-507
- Projeto Abecedário, 195-196
- Projeto de Assistência à Criança de Yale, 506-507
- Projeto de Desenvolvimento e Enriquecimento Adulto (PDEA), 691-693
- Projeto de Pesquisa em Desenvolvimento Familiar de Siracusa, 506-507
- Projeto Genoma Humano, 117
- Promoção social, 386-387**
- Propósito, e bem-estar, 635-636
- Prudência, 705-706
- Psicologia narrativa, 632-633
- Psicopatologia, 122-124
- Psicoterapia individual, 426-428**
- Puberdade; 440-447**
- efeitos psicológicos da, 445-447
 - início da, 470-442
 - mudanças físicas na, 443-445
 - rebelia adolescente e, 493-494
 - surto de crescimento adolescente, 472-444
 - tendência secular na, 441-442
- Publicidade, e tabagismo, 453-454
- Público imaginário, 458-459**
- Punição corporal, 256-257, 332-333, 405-406
- Punição e, 72-73**
- desenvolvimento moral e, 370-371
 - física, 256-257, 332-333, 405-406
- Punição física, 256-257, 332-333, 405-406
- QI (quociente de inteligência). *Ver também* Inteligência
- ambiente doméstico e, 194-196
 - condição socioeconômica e, 487-489
 - educação e, 193-195
 - nutrição e, 359-360
- Qualidade de vida
- na meia-idade, 589-590, 639-640
 - relacionamentos e, 639-640
- Quantidade diária recomendada (de proteína), 357-358
- Queda(s),
- na terceira idade, 678-679
- Questionário de auto-imagem de Offer, 507-508
- Questionários, 84-85, 507-508
- Questões de desenvolvimento no primeiro ano de vida, 243-254
- na segunda infância, 255-260
- Questões de igualdade de emprego, 546-548
- Questões financeiras, na terceira idade, 717-719
- Questões teóricas, 65-67
- Quocientes de desenvolvimento (QDs), 192-193
- Raciocínio. *Ver também*
- Desenvolvimento cognitivo; Pensamento
 - dedutivo, 365-366**, 366-367
 - hipotético-dedutivo**, 455-457
 - indutivo**, 365-367
 - moral, 369-371, 458-463, 539, 541
 - no sistema educacional, 385-386
- Radiação, e matações, 134-136
- Radicais livres**, 671-673
- Raloxifene, 601-602
- Ramificação, 544
- Escala Brazelton de Avaliação Comportamental Neonatal**, 153-155, 253-254
- Rápido mapeamento, 294-295**, 296-298
- Rastejar, 179-180, 474-475
- Reações circulares, 196-197**
- primárias, 197-199
 - secundárias, 490, 493-494
 - terciárias, 490, 493-494
- Realidade
- aparência *versus*, 293-294
 - imaginação *versus*, 290-293
- Rebelia adolescente, 493-494**
- Recasar, 413-415, 576-581, 653-655, 728-729
- Recém-nascido. *Ver* Neonato
- Receptividade à experiência, 554
- Recompensas, 72-73, 332-333
- Reconhecimento, 298-299**
- Recordar, 298-300**
- Recuperação, 371-372, 694-695**
- Redução corporativa, 605-607, 616-617
- Referencial social, 253-254**
- Reflexo de Moro, 172, 173
- Reflexo darwiniano (preensão), 172, 173
- Reflexo de andar, 464, 466, 173, 179-181
- Reflexo de Babinski, 464, 466
- reflexo de Babkin, 172
- Reflexo de nado, 172, 173
- Reflexo de sucção, 171, 172
- Reflexo pupilar, 173
- Reflexo tônico do pescoço, 172
- Reflexos locomotores, 464, 466, 173, 472-474
- Reflexos posturais, 173
- Reflexos primitivos, 171-173
- Reforço, 72-73**, 331-333
- negativo, 72-73, 332-333
 - positivo, 72-73, 331-333
- Regras
- desenvolvimento moral e, 370-371
 - jogos com, 329-330
 - regularização excessiva, 218-219
- Regressão, 71
- Regulação mútua**, 251-254
- Relacionamentos consensuais, 639-644
- Relacionamentos homossexuais
- amizades, 643-644
 - na idade adulta inicial, 565-567
 - na meia-idade, 642-643
 - na terceira idade, 729-730
- Relacionamentos íntimos, 560-581
- afiliação e, 562-563
 - amizade, 562-563
 - amor, 562-566
 - bases dos, 560-565
 - casamento, 569-577
 - coabitação, 568
 - definida, 560-562
 - divórcio e, 409-413, 576-579, 641-643, 653-655
 - do jovem adulto, 555-557, 564-584
 - homossexuais, 565-567, 671
 - paternidade/maternidade, 570-575
 - recasar, 413-415, 576-581, 653-655, 728-729
 - sexuais *versus* maduros, 555-557
 - sexualidade e, 565
- Relacionamentos. *Ver também*
- Relacionamentos íntimos com pais em envelhecimento, 646-647-649, 651, 650
 - com filhos em amadurecimento, 643-647
 - com irmãos, *Ver* Irmão(s)
 - com netos, 651-726
 - consensuais, 639-644
 - mudanças na meia-idade, 638-640
 - na terceira idade, 724-735
- Relatos pessoais, 84-85
- Religião, em idade avançada, 709-711
- Relógio
- interno, 475-476
 - social, 558-559**, 628-930
- Representações únicas, 315-316**
- Repressão, 69-70
- Reprodução, assistida, 529-531
- Resiliência, 39-40, 554-555, 630-631
- Resiliência do ego, 554-555**, 630-631
- Resistência
- na meia-idade, 591-592
 - na terceira idade, 677-679
- Resolução de problemas, 611-613, 691-692
- Respeito 93-95, 370-371
- Retardamento mental**, 388-391
- Reversibilidade, 367-368
- Risco cardíaco e obesidade, 358-359. *Ver também* doença cardíaca
- Riso, nos bebês, 232-234
- Rivalidade entre irmãos, 345
- Roteiro, 299-300**
- Roteiro de geratividade, 632-633
- Rubéola (sarampo alemão), 134-135, 139-140, 161-162
- Sabedoria, 696-698, 707-708
- Saco amniótico, 124, 126-127
- SAF (síndrome alcoólica fetal)**, 101-102, **131-132**, 132-133
- Sarampo, 161-162
- Sarampo alemão (rubéola), 134-135, 433, 455-456
- Satisfação conjugal
- na meia-idade, 640-642
 - paternidade/maternidade e, 574-575
- Saúde emocional, fatores na, 708
- Saúde mental
- estresse e, 427-431
 - fatores na, 708
 - na adolescência, 85-63
 - na idade adulta, 632-637
 - na terceira idade, 682-687
 - na terceira infância, 424-431
 - perturbações emocionais e, 424-428
 - retraimento social e, 424-425
 - tratamento e, 426-428
- Saúde. *Ver também* Doenças
- abuso de substâncias, 522-523
 - amamentação e, 458-459
 - ambiente e, 279-284
 - atividade física e, 520-525
 - boa forma física e, 361-363, 447-448, 518-527
 - compreensão das crianças da, 361-362
 - condição socioeconômica e, 280-283, 362-363, 524-525, 598-600
 - diferenças de gênero na, 524-527, 599-602
 - estilo de vida e, 602-607

- estresse e, 279-281, 602-607
 etnicidade o, 362-363, 524-525, 599-604
 influências ambientais na, 518
 influências sobre, 681-683
 manutenção e, 361-363
 na adolescência, 454-455
 na idade adulta inicial, 517-527
 na meia idade, 598-607
 na segunda infância, 278-284
 na terceira idade, 679-683
 na terceira infância, 360-365
 no primeiro ano de vida, 456, 458-459
nutrição e, 518-519, **681-683**
 obesidade e, 358-359, 518-520
 personalidade e, 705-706
 pobreza e, 280-283, 598-602
 relacionamentos e, 526-527, 725-726
 tabagismo e, 132-133, 136, 521-523
 Segunda infância, 268
 autonomia na, 255-256
 confiabilidade da testemunho ocular, 300-302
 crescimento na, 273-274
 desenvolvendo a consciência na, 256-260
 desenvolvimento cognitivo na, 271-272, 283-308, 483-508
 desenvolvimento da linguagem na, 293-299
 desenvolvimento fisiológico na, 273-278
 desenvolvimento motor na, 275-278
 desenvolvimento psicossocial na, 229-266, 313-350
 educação na, 305-309
 físico desenvolvimento na, 271-284
 impacto da assistência infantil na, 262-268
 independência, 53-54
 medindo a inteligência na, 303-308
 memória na, 298-300, 302-303
 mortalidade na, 278, 279
 nutrição na, 165-166
 pesar na, 742-744
 principais desenvolvimentos na, 51-54, 81-82
 questões de desenvolvimento na, 255-260
 saúde e segurança na, 278-284
 senso emergente de identidade na, 257-258
 testagem da inteligência na, 191-197
 Segundas famílias, 413-415, 578-581
 Segurança e
 auxílios à, 666
 ferimentos acidentais e, 279-280, 363-364
 na segunda infância, 279-280
 na terceira infância, 363-365
 Seleção educacional nas escolas, 468-469
Seleção randômica, 84-85
Self Ver Identidade (Eu)
Senescência, 670-671
 programada, 671
 Sentenças
 na terceira infância, 379-380
 primeiras, 216-217
Seriação, 365-366, 366-367
 Sexo, determinação do, 105-106
 Sexualidade
 depois do casamento, 569-570
 na adolescência, 483-490, 493
 na idade adulta inicial, 527-531
 na meia-idade, 592-599
 na terceira idade, 679-680
 relacionamentos e, 565
 Sífilis, 491
 Sigilo
 direito a, 95-96
 testagem genética e, 117
 Sinapse, 168-170
Síndrome alcoólica fetal (SAF), 101-102, 131-138
 Síndrome da angústia respiratória, 155-156
Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), 134
 afro-americanos e, 515-516, 534-535
 amamentação e, 165
 compreensão da leitura e, 361-362
 crianças e, 134-135, 363-364
 jovens adultos e, 527-528
 na meia idade e na idade adulta, 598-599
 sexualidade adolescente e, 490, 491
Síndrome da morte súbita do lactente (SMSL), 132-133, 452-454, 160-162
Síndrome da porta giratória, 644-645
Síndrome de Down, 113-116, 115-116, 137-138
 Síndrome de Klinefelter, 113-114
 Síndrome de Turner, 113-116
 Síndrome do X frágil, 113-114
 Síndrome XO (de Turner), 113-114
 Síndrome XXY (de Klinefelter), 113-114
Sintaxe, 216-217
 na segunda infância, 294-296
 na terceira infância, 379-380
 no primeiro ano de vida, 511
 Sistema de ritmo circadiano, 477-478
 Sistema educacional, 385-387
 Sistema imunológico, e envelhecimento, 671
 Sistema nervoso autônomo, 234-235
Sistema nervoso central, 165-166
 Sistema reprodutivo, 103-104, 592-597
Sistemas de ação, 176, 275-276
Sistemas representacionais, 315-316, 401-402
Situação estranha, 246-248
Socialização, 256
 fatores no êxito da, 257-260
 na criança pequena, 256-260
Sociedade diferenciada pela idade, 614-616
Sociedade integrada pela idade, 615-616
 Sonho erótico, 444-445
 Sonhos, 275, 444-445, 557-558
Sono
 na adolescência, 447-448
 na segunda infância, 273-276
 na terceira idade, 675-676
 no primeiro ano de vida, 152, 161-162, 165-167
 REM, 152, 165-166
 Sono REM (rápido movimento ocular), 152, 166
 Sonograma, 136-137
 Sons da língua
 imitando, 213-214
 reconhecendo, 214-215
 Sorisso, nos bebês, 232-234
 Subnutrição, 358-360
 Suicídio, 746-750
 assistido, 747-750
 na adolescência, 454-455, 743-744
 Superego, 68-69
 Surdez
 cérebro e, 220-222
 desenvolvimento da linguagem e, 220-224
 desenvolvimento psicossocial e, 229-230
 Surto de crescimento, 357-358, 442-444
Surto de crescimento adolescente, 442-444
Surtos de crescimento cerebral, 166-167
 Suspensões, 256-257
 Sustento das crianças, 413-414
 Tabaco, e adolescência, 453-454.
Ver também Tabagismo
 Tabagismo
 crianças pequenas e, 280-281
 durante a gravidez, 129-130, 132-133, 136, 155, 160-161
 na adolescência, 453-454
 saúde e, 132-133, 136, 521-523
 Talassemia, 110, 112, 114-116, 137-138
 Talidomida, 131-132
 Tamoxifen, 601-602
 Tanatologia, 740-741
 Tarefa das três montanhas, 288-290
 Tarefa Ilustrada de Competência de Juramento, de Lyon-Saywitz, 300-302
 Tarefas do desenvolvimento, 53-54
 Tarefas piagetianas
 abordagem de processamento de informações e, 372-375
 operações formais e, 455-457
 Tato, no primeiro ano de vida, 175
Taxa de mortalidade infantil, 159-161
Taxa de suporte parental, 648-649
 TDAH *Ver*, Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)
Técnicas indutivas, 332-333
 Televisão
 agressão e, 422-424
 brincar e, 329-330
 desenvolvimento de gênero e, 327-328
 educação sexual e, 486-488
 obesidade e, 358-359
 Telomerase, 671-672
 Telômeros, 671-672
Temperamento, 103-104, 236
 ambiente e, 122-123
 apego e, 248-249
 aspectos e padrões de, 236-238
 diferenças interculturais de, 238-240
 estabilidade do, 237-239
 hereditariedade e, 122-123
 Temperatura, e envelhecimento, 666
 Tempo de reação, 592-593
 Tempo de resposta, 678-680
 Tendência a discutir, 457-458
 Tendência autocorretiva, 193-194
Tendência secular, 441-442
 Tendências básicas, 559-560
 Tendenciosidade
 cultural, 375-376, 378-379
 do observador; 86
Tendenciosidade cultural, 375-376, 378-379
Tensão pré-menstrual (TPM), 528-529
Teoria, 65
Teoria bioecológica, 78-82
 Teoria da aprendizagem, 218-220
Teoria da aprendizagem social, 72, 72-74
Teoria da atividade, 711-713
Teoria da continuidade, 712-713
Teoria da mente, 290-291
 na segunda infância, 284-285, 290-294
 no primeiro ano de vida, 217-218
Teoria da seletividade socioemocional, 639-640, 713-714, 725-726
 Teoria da taxa de metabolismo, 672-673
Teoria das inteligências múltiplas, 375-378
Teoria do comboio social, 638-640, 725-726
Teoria do desengajamento, 711-712
 Teoria do desgaste, 671-672

Teoria do esquema do gênero, 323-324Teoria dos sistemas familiares, **242-243**

Teoria psicossocial de Freud, 66-71

Teoria psicossocial Erikson. *Ver* Desenvolvimento psicossocial

Teoria sociocognitiva, 72-74, 326-327

Teoria sociocultural, 81-83, 307-308

Teoria sociocultural de Vygotsky; 81-83, 304-305

Teoria triangular do amor, 564**Teoria triárquica da inteligência, 376-377, 377-378, 535-536**

Teorias de erro, 671-673

Teorias de programação genética, 670-671**Teorias de taxas variáveis, 671-673**

Terapia

comportamental, 427-428**de reposição hormonal (TRH), 599-602****familiar, 427-428**

fetal, 431-432

genética, 117

medicamentosa, 427-428

para o pesar, 742-743

pré-natal, 137-138

psicoterapia individual, 426-428**reposição hormonal, 599-602****Teratogênico, 129-130**

Terceira idade, 658, 663-668

abuso de idosos, 722, 724

amizade na, 725-727, 729-732

aprendizagem vitalícia na, 697-699

bisavós, 733-735

capacidade de reserva na, 675-676

casamento na, 705-706, 725-729
centenários na, 664-665, 672-674

cérebro em envelhecimento na, 675-677

desengajamento na, 711-712

desenvolvimento cognitivo na, 687-699

desenvolvimento físico na, 667-687

desenvolvimento psicossocial na, 703-736

divórcio e recasar, 731-732

envelhecimento "bem-sucedido" ou "ideal", 703-704, 710-714

esquemas de vida na, 722-722, 724

estabilidade dos traços de personalidade, 705-708

estilo de vida, 713-725

família na, 725-727, 730-731

finanças na, 717-719

funcionamento psicomotor na, 677-680

funcionamento sensorio na, 666, 676-678

funcionamento sexual na, 679-680

imagens do envelhecimento e, 663-664

memória na, 692-697

modos de enfrentamento na, 708-711

morte na, 744-745

mudanças físicas, 674-680

principais desenvolvimentos na, 82-85

problemas mentais e comportamentais na, 682-687

produtividade e, 712-714

relacionamentos com filhos adultos na, 731-733

relacionamentos com irmãos na, 732-734

relacionamentos homossexuais na, 729-730

relacionamentos pessoais na, 724-735

religião na, 709-711

sabedoria na, 696-698

saúde na, 679-683

tarefas de desenvolvimento na, 53-54

tendências populacionais e, 664-666

trabalho na, 716-718

vida de solteiro na, 728-730, 744-746

Terceira infância, 352

amizade na, 419-425

auto-estima na, 401-403

crescimento emocional na, 402-404

crescimento na, 357-358

desenvolvimento cognitivo na, 364-380

desenvolvimento da linguagem na, 379-383

desenvolvimento físico na, 357-368

desenvolvimento motor na, 359-361

desenvolvimento psicossocial na, 399-433

diferenças de gênero na, 357-361

educação na, 382-396, 404-408

estresse na, 427-431

família e, 403-418

grupo de pares na, 53-54, 417-425

julgamento moral na, 369-371

nutrição na, 357-360

pesar na, 742-744

principais desenvolvimentos na, 51-54

relacionamentos com os irmãos na, 416-418

saúde e segurança na, 360-365

saúde mental na, 424-431

ser avô/avó na, 399-400, 415-417

Terríveis dois anos, 256-257

Terror noturno, 275

Testagem da inteligência cultura e, 375-376, 378-379
de bebês e crianças pequenas, 191-197

direções alternativas na, 377-378

ensino escolar e, 378-380

etnicidade e, 378-379

na meia-idade, 606-610

na terceira infância, 377-380
pros e contras da, 377-376**Testagem genética, 115-116, 117**

Teste de Aptidão escolarística (SAT), 385-386

Teste de Avaliação do Desenvolvimento de Denver, 177**Teste de Capacidade Escolarística Otis-Lennon, 374-375**

Teste de Definição de Questões (DDT), 460, 462

Teste de Habilidades Triárquicas de Sternberg (THTS), 377-378

Testes

confiabilidade dos, 192-193
de inteligência. *Ver* Testagem da inteligência

validade dos, 192-193

Testes Binet-Simon, 192-193

Testes culturalmente justos, 375-376**Testes de aptidão, 374-375****Testes de desempenho, 374-375****Testes de QI (quociente de inteligência), 192-197. *Ver também* Testagem da inteligência**
Testículos, 103-104

Tétano, 161-162

Timidez, 122-123

Tipificação de gênero, 243-245, 321-322, 327-328

Trabalho

alfabetização adulta e, 545-576
desemprego e, 605-607

desenvolvimento cognitivo e, 544-548, 616-618

educação e, 467, 545-546, 614-619

estresse e, 604-607

gênero e, 605-607

idade e, 545

na idade adulta inicial, 544-548
na terceira idade, 716-718

padrões e rumos ocupacionais e, 615-617

questões de igualdade de oportunidades, 546-548

reduções corporativas no, 605-607, 616-617

violência e, 604-605

Traços da personalidade,

estabilidade dos, 705-708

Traços hereditários, 105-107

Transcendência, 625-626

Transdução, 285-286, 286-287

Transferência de óvulo, 530-531

Transferência inter-modal, 205-206

Transferência intrafalopiana de zigoto (TIFZ), 530-531

Transmissão genética, padrões de, 105-108

Transmissão multifatorial, 106-107, 107-108

Transmissor; 109, 111-113

Transtorno**de ansiedade de separação, 425-426****de conduta (TC), 425-426****de déficit de****atenção/hiperatividade****(TDAH), 108-109, 390-393****depressivo maior, 686-687****desafiante oposicional (TDO), 425-426**

Transtornos

da alimentação, 448-452

de ansiedade, 249-250, 425-426

de comportamento disruptivo, 425-426

de desenvolvimento comuns, 123-124

do comportamento, 425-426

Tratamento psicológico, 426-428

Trauma no nascimento, 153-155

Treinamento de toalete, 256

Tricomonas, 491

Trimestre 127-128

Trisomia-58-59, 113-114

Troboblasto, 126-127

Tronco encefálico, 460-462, 168, 168-170, 211-212, 220

Tubas uterinas, 103-104

Tuberculose, 161-162

Ultra-som, 128-129, 136-137

Umbilical cordão, 124, 125-127

União consensual, 568

União informal, 568

Útero, 125-127

Vacinas, 161-162, 175

Vagina, 103-104

Validade, 192-193

de testes, 192-193

ecológica, 534-535**Validade ecológica, 534-535**

Variável(eis)

correlações entre, 88-89

dependentes, 89-90**independentes, 89-90**

Vergonha, 69-70, 256

Vernix caseosa, 150-151

Verrugas genitais, 490, 491

Vida, descobrindo significado e propósito na, 749-751

Vida de solteiro

na idade adulta inicial, 565-566

na terceira idade, 728-730

Viés do observador, 86

Vigilância, estados de, 152

Violação de expectativas, 206-211,
210-211

Violência doméstica, 340-344, 570-
573

Violência. *Ver também* Agressão;
Intimidação

adolescência e, 503-504
contra idosos, 722, 724

domestica, 340-344, 570-573

estresse e, 428-430

morte na adolescência e, 453-455
trabalho e, 604-605

Vírus da imunodeficiência
humana (HIV), 363-364, 527-528.

Ver também síndrome da
imunodeficiência adquirida
(AIDS)

Visão

auxílios à, 666

binocular, 469-470

dinâmica, 591-592

na meia-idade, 591-592

na terceira idade, 666, 676-677

no primeiro ano de vida, 176

periférica, 176

Viuvez, 744-746

Viver assistido, 722-722, 724

Vocabulário

de bebês e crianças pequenas,
215-217

na segunda infância, 294-295

na terceira infância, 379-380

Vontade, 256

Zidovudina (AZT), 134

Zigoto, 103,123-124,126-127

**Zona de desenvolvimento
proximal (ZDP), 81-83, 304-305**